FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Auguste RAIMBAULT**

Né à Mordelles (Ille-et-Vilaine), le 20 avril 1887.

LE SYNDROME " ANOREXIE MENTALE "

ETUDE SÉMÉIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

Président : M. PIERRE MARIE, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 23

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY.**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

Avant de commencer ce travail nous tenons à adresser à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les Professeurs Letulle, Déjerine et Delbet, M. le Professeur agrégé Lepage et M. le Dr Bazy l'hommage de toute notre gratitude. Au cours de cette étude MM. les Drs Séglas et Babinski ont bien voulu nous guider de leurs précieux conseils : qu'ils veuillent bien nous permettre de leur exprimer toute notre respectueuse reconnaissance. M. le Professur Pierre Marie nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien accepter nos remerciements les plus respectueux.

LE

SYNDROME " ANOREXIE MENTALE "

INTRODUCTION

Le terme *anorexie* (α, privatif, ορεξις, appétit) signifie manque d'appétit. Bien qu'il soit nécessaire de distinguer le manque d'appétit de la suppression de la faim et aussi du dégoût que nous inspire tel ou tel aliment il faut reconnaître que le terme d'anorexie, faute d'autre, est couramment appliqué à ces différents cas. Bien plus, ces facteurs entraînant généralement une réduction de l'alimentation accompagné parfois de refus alimentaire on a étiqueté anorexiques des malades chez qui ce refus de l'alimentation était le seul signe tangible, la perte de l'appétit ou de la faim étant très difficilement appréciable. Le mot anorexie, si précis étymologiquement, a donc pris par extension un sens beaucoup plus large et il est courant de dire quand un malade mange insuffisamment ou pas du tout qu'il fait de l'anorexie.

Ainsi comprise on rencontre l'anorexie dans trois gran-

des catégories de malades : 1° chez ceux atteints d'une *affection organique*, principalement dans les affections aiguës, fébribes mais aussi dans les affections chroniques : tuberculose par exemple. Ces affections entraînent la perte de l'appétit d'où anorexie qui n'est ici qu'un symptôme banal de la maladie.

2° Chez les *aliénés* qui sous l'influence d'une idée délirante refusent de s'alimenter. Ici la perte de l'appétit joue un rôle nul ou du moins très accessoire dans la genèse de l'anorexie. Le refus de l'alimentation qui survient dans les psychoses confirmées, constitue la *sitiophobie*. On la rencontre dans beaucoup d'états délirants : délire de persécution (peur d'être empoisonné), hallucinations (voix ordonnant de ne pas manger) ; mélancolie (indignité de vivre, idées de suicide) ; délire des négations (ne pas avoir d'estomac), etc.

Qu'il s'agisse d'anorexie d'origine organique ou de sitiophobie, il existe un fait capital, c'est que *le malade s'inquiète de son anorexie* ou plutôt de l'amaigrissement qui en est la conséquence. Dans ces deux premières catégories de malades l'anorexie ne survient qu'à titre d'élément secondaire, nous ne nous en occuperons pas.

3° Enfin l'anorexie, symptôme dominant chez des malades indemnes de toute lésion organique, constitue le groupe des *anorexies mentales*. Il comprend les cas qui se trouvent entre les anorexies d'origine organique et la sitiophobie des aliénés. Chez ces malades la réduction alimentaire est parfois sous la dépendance de la perte de l'appétit. Dans d'autres cas au contraire la perte de l'appétit n'est que la conséquence de l'alimen-

tation réduite. Enfin, le fait commun à toutes ces anorexies et qui est un caractère différentiel important est l'*indifférence* des malades vis-à-vis de leur anorexie. Ces malades s'alimentent très insuffisamment ou pas du tout et la conséquence est un état de déchéance physique qui peut aller jusqu'aux troubles d'inanition les plus graves. Or cela leur est complètement indifférent, ils n'en ont aucunement conscience.

Enfin, l'ensemble symptomatique qui constitue l'anorexie mentale peut se rencontrer dans des états psychiques très différents suivant les cas. Pour toutes ces raisons nous croyons qu'il est permis de considérer cet ensemble comme un syndrome : *le syndrome anorexie mentale.*

DÉFINITION

Le syndrome anorexie mentale est constitué par une *réduction* souvent considérable *de l'alimentation* ayant comme cause immédiate une fausse appréciation des besoins alimentaires consistant en ce fait que ces malades s'imaginent toujours s'alimenter suffisamment ou même exagérément alors que leur alimentation est très insuffisante ou nulle.

Il s'y ajoute une *perte de l'appétit sans lésion organique.*

Elle est accompagnée d'amaigrissement, d'aménorrhée, d'indifférence et même d'inconscience du malade vis-à-vis de son anorexie et de la déchéance physique qui en est la conséquence.

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

L'historique de la question a été parfaitement exposé par beaucoup d'auteurs en particulier par Noguès dans sa toute récente thèse. Nous n'y reviendrons donc pas. Voyons simplement quelle est la conception actuelle de la question.

On distingue actuellement deux variétés d'anorexies : 1° l'anorexie hystérique 2° l'anorexie mentale.

L'anorexie hystérique est assez nettement différenciée. Elle se meut dans un cadre spécial, a des allures qui lui sont propres. Ce serait la forme la plus curable.

L'anorexie mentale si ses limites sont suffisamment nettes en entendant sous ce terme les cas compris entre l'anorexie hystérique et la sitiophobie des aliénés, englobe par contre des types très différents les uns des autres. Lasègue disait de l'hystérie : *c'est un panier où l'on jette les papiers que l'on ne sait où classer*, il semble que cette phrase pourrait aussi bien s'appliquer à l'anorexie mentale. Quelques auteurs ont différencié certains types en se plaçant surtout au point de vue étiologique.

Sollier par exemple distingue trois grandes catégories de psychopathies gastriques avec diverses variétés :

1° *Par idée fixe :* obsession d'une maladie de l'estomac, désir de se rendre malade, de mourir, ennui de la vie, obsession de la maigreur.

2° *Par phobie* : peur d'engraisser, peur d'étouffer en avalant, peur de congestion pendant la digestion, peur de douleurs stomacales ou intestinales, peur d'indigestion, peur de ralentir l'activité physique ou intellectuelle.

3° *Par inhibition* : de cause physique : irrégularités ou arrêts accidentels de la fonction digestive, insuffisance de l'alimentation (régimes réduits), arrêt d'évolution de l'adolescence ; de cause morale : émotions continues ou répétées, passions contenues.

Or il semble que les deux premières catégories : anorexie par idée fixe et anorexie par phobie n'en font qu'une. N'est-il pas logique par exemple de faire rentrer dans la même classe, en se plaçant au point de vue qui nous occupe, l'obsession de la maigreur (il s'agit d'ailleurs plutôt d'obsession de l'engraissement) et la peur d'engraisser. Ces malades rentrent dans ce que nous décrirons plus loin sous le nom d'anorexie par phobie ou obsession. C'est aussi l'anorexie psychasténique de Buvat. Sollier au contraire fait une classe unique de cas disparates : Par exemple l'anorexie par inhibition de cause morale et les anorexies par arrêt d'évolution de l'adolescence sont très différentes. Autant les premières sont le plus souvent bénignes au point de vue mental. Elles rentrent si l'on veut dans ce que nous appellerons plus loin l'anorexie idiopathique, autant les

anorexies par arrêt d'évolution de l'adolescence dénotent une tare mentale grave qui rappelle si souvent l'hébéphrénie.

Déjerine et Gauckler adoptent la division en *anorexie mentale primitive et anorexie mentale secondaire*. Dans la première primitivement et souvent volontairement l'alimentation pour des causes variées se trouve être réduite. Elle comporte deux ordres de faits : tantôt l'inappétence est d'origine émotive, tantôt la restriction alimentaire est au début purement volontaire. L'anorexie mentale secondaire est celle où la restriction alimentaire « se fait en vue d'obvier à des troubles digestifs antécédents. »

Cette division est excellente au point de vue nosologique mais a-t-elle une importance pratique réelle ? Nous ne le croyons pas. Ce qu'il est utile en effet de différencier c'est la part plus ou moins grande du trouble mental et l'importance de ce trouble chez les diverses anorexiques. Or il est vrai que la part mentale est généralement moins importante dans l'anorexie secondaire que dans l'anorexie primitive. Mais cette dernière englobe des cas de gravité très différente allant des anorexies les plus bénignes aux anorexies les plus graves. La division en primitive et secondaire n'est donc pas satisfaisante pratiquement. Enfin il nous semble difficile d'admettre qu'une anorexie puisse être volontaire. Quantité de jeunes filles ou de femmes diminuent volontairement leur alimentation par coquetterie sans jamais tomber dans l'anorexie car elles savent quand il faut s'arrêter. Elles n'ont pas ce trouble de l'esthétique que l'on trouve par contre chez

toutes les anorexiques. Chez elles seulement la diminution de l'alimentation est volontaire mais ce ne sont pas des anorexiques car elles restent maîtresses de leur régime.

En définitive il nous paraît que les diverses classifications que l'on a faites des anorexies mentales ne sont pas cliniquement suffisantes. C'est pourquoi nous avons tenté d'isoler quelques types qui nous ont paru assez nettement différenciés. La séméiologie et partant la clinique seul terrain solide en pareille matière nous ont guidé dans cet essai et c'est ce qui permettra, nous l'espérons, qu'on l'accepte avec quelque indulgence.

Nous ferons d'abord une étude symptomatologique générale de la crise d'anorexie mentale. Nous étudierons ensuite les divers types cliniques.

ETUDE SYMPTOMATOLOGIQUE DU SYNDROME ANOREXIE MENTALE

Dans cette description nous aurons surtout en vue l'anorexie idiopathique le plus souvent d'origine émotionnelle se rencontrant fréquemment chez les jeunes filles entre 15 et 20 ans. C'est une des plus banales et des plus constantes comme ensemble symptomatique. C'est aussi la plus communément décrite par les auteurs et celle qui semble avoir servi de modèle à la magistrale description de Lasègue.

Son histoire clinique peut être divisée en trois périodes :

1° Période de début ou d'installation.

2° Période d'état.

3° Période terminale ou d'inanition.

1° Période de début :

Elle est longue et sournoise. Il s'agit en général d'une jeune fille entre 15 et 20 ans dont les parents s'aperçoivent qu'elle mange moins qu'à l'ordinaire ou qu'elle a perdu l'appétit. En même temps son caractère a changé.

elle est devenue capricieuse, volontaire. Le plus souvent ces légers troubles sont survenus à la suite d'une émotion avouée ou dissimulée. Quelques fatigues ou du surmenage ont souvent précédé le choc émotif. D'autres fois on se perd en conjectures sur la cause occasionnelle. Cette perte d'appétit banale au début va aller en s'accentuant. Chaque jour la jeune fille diminue son alimentation sans donner de raison bien précise sinon « qu'elle n'a pas faim, que tel plat ne lui fait pas envie ». Bientôt elle ne s'alimente plus que de quelques friandises ou de quelque autre aliment (peu nutritif en général) qui seul réveille encore chez elle l'idée de manger. Il arrive un moment où la jeune fille, quand bien même elle le voudrait, ne pourrait plus vaincre cette inappétence, elle est dominée par son anorexie.

Et cependant les parents sont là pour la rappeler à la réalité. Ce qu'ils ont considéré au début comme un malaise passager, une simple caprice de jeune fille, leur apparaît maintenant comme un état dont il sied de s'occuper. Aussi on multipliera les délicatesses de la table, on lui fera prendre des « fortifiants ». Rien n'y fait. La réponse est aussi monotone que les encouragements sont variés. « Je n'ai pas faim, donc je ne peux pas manger. D'ailleurs je suis bien portante. » Et en effet la malade ne comprend pas pourquoi on la soigne. Elle ne souffre pas et même l'état de vague malaise général qui avait suivi le choc émotif a complètement disparu. Le souvenir même de cette émotion ne la trouble aucunement : elle l'a oublié. Elle ne se considère pas du tout comme une malade et son allure générale

semble lui donner raison. Elle est gaie, enjouée, active et même d'une activité exagérée. Elle se promène, monte à cheval, joue au tennis, mène une vie mondaine fatigante sans accuser aucune lassitude. Les parents loin de restreindre ce besoin de mouvements, le favorisent espérant qu'il fera renaître l'appétit. Il n'en est rien. L'alimentation diminue de plus en plus, les prières des parents dégénèrent bientôt en supplications puis en ordres formels. Alors agacée et énervée l'anorexique va se révolter et leur opposer bientôt un refus catégorique : « Elle ne peut pas manger, parce qu'elle ne le peut pas. »

Signes physiques. — L'examen des organes ne dénote absolument rien de spécial. Les poumons en particulier sont absolument sains. Parfois il existe une légère dilatation gastrique avec atonie. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie du creux épigastrique. Le teint est bon, la langue nette et fraîche, la soif nulle, le sommeil régulier. Une légère constipation en rapport avec le peu d'apport alimentaire. Les urines peu abondantes ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'amaigrissement est peu marqué, on s'en aperçoit à peine malgré l'énorme réduction alimentaire. Il y a souvent une poussée de croissance à ce moment. L'examen du chimisme stomacal fait à ce moment a décelé de l'hypochlorhydrie (Déjerine) qui s'explique très bien par le travail très réduit de l'estomac. Les règles irrégulières depuis le début de l'affection s'espacent puis disparaissent au bout de quelques mois. Il semble que dans cette forme d'anorexie l'aménorrhée soit secondaire à l'état

général de dénutrition mais ce n'est pas constant. C'est avec l'anorexie le symptôme le plus important.

2° Période d'état

Symptômes généraux. — C'est la « période de lutte » pour Janet. La malade rejette complètement toute alimentation et cependant elle assiste sans manifester de dégoût aux repas de la famille. Qu'on l'oblige à s'alimenter, elle usera des supercheries les plus variées pour faire disparaître ses aliments. Et cependant elle ne souffre de nulle part. Elle accepte par contre tous les médicaments avec la plus grande docilité. Si on veut la faire manger elle opposera au médecin une résistance légère avec pleurnicheries: « Cela m'ennuie, c'est trop difficile. » Elles ne font en tous cas jamais ni grande angoisse, ni refus avec résistance systématique.

Son anorexie lui est complètement indifférente, elle n'a aucunement conscience des dangers qu'elle peut courir. Dans la majorité des cas la malade présente une quiétude, « un contentement vraiment pathologique » (Lasègue). En dehors des questions alimentaires la malade reste gaie, enjouée, aimable. Elle s'extériorise, travaille, prend plaisir à l'existence. On peut remarquer cependant qu'elle est moins sensible aux émotions, elle ne s'affecte pas facilement. Enfin son amour-propre est conservé : elle est restée coquette, elle soigne sa toilette. De plus par moments on semble deviner une certaine honte de son état (obs. IV). Certaines de ces malades

préfèrent manger seules plutôt que d'être sondées : non pas qu'elles craignent la souffrance physique du tubage, mais parce que ce moyen leur semble brutal, peu élégant, humiliant. Il arrive assez souvent par contre que les troubles du caractère n'ont fait qu'empirer. Elles sont devenues violentes, emportées, irritables. Tout cela avec des irrégularités, des caprices.

L'intelligence est peu touchée, on peut noter cependant un certain défaut d'attention, une diminution légère de la mémoire, de la difficulté à lire, à écrire.

A cette période également se développe un trouble qui, à peine esquissé au début de l'affection, prend maintenant une grande importance. C'est ce que l'on a appelé la *macropsie* : consistant en un trouble de l'appréciation visuelle qui fait que ces malades estiment que tout ce qu'on leur apporte comme aliments est énorme *bon pour dix personnes*. Surtout manifeste quand il est appliqué à la ration qui leur est destinée, il ne se localise pas là. Elles-mêmes se voient grosses, bouffies, énormes et cela s'applique aussi aux personnes de l'entourage. Tout le monde leur paraît d'un embonpoint exagéré. Ici le trouble se développe avec l'inanition et disparaît avec elle.

Signes fonctionnels. — Souvent l'activité est conservée, cependant les marches deviennent plus pénibles. Assez vite la malade se fatigue et la respiration s'accélère. Elle ne veut pas avouer cette diminution des forces générales et sous prétexte de travail reste confinée chez elle.

Signes physiques. — Depuis longtemps la belle ré-

sistance du début a disparu. On constate des symptômes inquiétants d'inanition. L'aspect de la malade est devenu impressionnant. Ces jeunes filles, parfois ces enfants ressemblent à de petites vieilles. L'amaigrissement très lent au début est devenu en quelques semaines extrême. Les saillies osseuses semblent percer la peau, les pommettes sont saillantes, les joues excavées. L'abdomen est déprimé, la peau est lisse, sèche, tendue. Les mains donnent au toucher une impression de froid humide. Les ongles sont devenus cassants et présentent fréquemment à la base un sillon transversal fréquent dans l'inanition (Mathieu et Roux). Les cheveux sont cassants. Les membres sont également décharnés. Il y a des troubles circulatoires importants. La malade a des bouffées de chaleur, les extrémités sont cyanosées, les ongles bleus ou violets Le pouls arythmique et ralenti bat à 45,50 : La langue est saburrale et recouverte d'un enduit blanchâtre. L'haleine est félide, la soif nulle, la constipation opiniâtre ne cède plus aux laxatifs. L'estomac est intolérant et douloureux souvent dilaté, le foie est petit.

Les urines sont diminuées et épaisses. On peut y trouver de l'acétone et de l'acide diacétique. Peu d'urée et de chlorures en général. Cependant chez deux de nos malades il y avait malgré le peu d'apport azoté alimentaire une désassimilation uréique relativement énorme (36 grammes). Chez l'une d'elles (Obs. IV), cette fuite d'urée a continué pendant le traitement de réalimentation et cette malade n'a repris nettement du poids que quand la désassimilation uréique a cessé. Il

serait intéressant de rechercher si ces malades au moment où elle font de la désassimilation uréique exagérée ne retiennent pas d'urée dans leur sang : les deux principaux symptômes de la rétention sanguine de l'urée étant anorexie et amaigrissement.

Il n'y a pas de diminution de la richesse du sang en hémoglobine et en globules (Mathieu et Roux). Pas d'anémie vraie mais diminution de la masse du sang. Nobécourt et Merklen ont même constaté une polyglobulie légère marchant de pair avec la cyanose et la déshydratation des tissus. L'aménorrhée est absolue.

L'auscultation des poumons révèle fréquemment chez ces malades inanitiés, plus souvent au sommet droit, une diminution du murmure vésiculaire surtout à l'inspiration, une expiration saccadée prolongée et d'une tonalité plus haute que l'inspiration. Rien à la percussion. Pas d'augmentation des vibrations. (Nous n'avons pas constaté chez nos malades de signe de Marcé : augmentatiou notable du rapport entre le nombre des inspirations et celui des battements de cœur). Ces signes stétoscopiques survenant chez des jeunes filles amaigries font souvent porter le diagnostic de tuberculose. D'après ce que nous avons observé il nous semble que ce soit la température qui doive trancher le diagnostic. Si ces malades restent apyrétiques ces troubles disparaissent le plus souvent avec la réalimentation. Dans ce cas il ne s'agit très probablement que d'un phénomène de défense de l'organisme contre la dénutrition. Les malades réduisent instinctivement au minimum leurs dépenses respiratoires comme elles réduisent

leurs autres dépenses. Que l'on constate au contraire ces mêmes signes pulmonaires accompagnés d'une élévation thermique même légère : élévation thermique que l'on ne peut attribuer à aucune autre cause, il s'agit très probablement de tuberculose qui dans la majorité des cas a une marche terriblement rapide et emporte la malade en quelques semaines.

3e Période terminale ou de cachexie.

A cette période l'organisme a épuisé ses réserves, la tolérance s'épuise et la malade est dans le troisième stade. Les signes physiques dominent. Les malades ressemblent à des phtisiques avancées. Le facies est rouge violacé, très coloré, asphyxique, le regard fixe semble appeler la mort, le corps n'est plus qu'un squelette, la glande mammaire, dans la plupart des cas, a disparu. On arrive par la pression de l'abdomen à toucher la colonne vertébrale. Souvent les jambes présentent de l'œdème. L'oligurie est très prononcée : 300, 400 centimètres cubes sans sucre ni albumine. La soif peut apparaître mais ce n'est pas constant, les règles sont supprimées. La constipation est opiniâtre, les troubles trophiques s'accentuent. Le pouls de lent qu'il était, 45-50, est devenu très rapide 120 à 140 imperceptible, on peut ne pas sentir la radiale (obs. VII). La tension artérielle est normale. Les vertiges et même les syncopes sont fréquentes. La malade a perdu son entrain et son activité. Elle se confine au lit ayant à peine la force de se lever. Elle essaie cependant.

Les fonctions psychiques sont touchées parallèlement à l'état de dénutrition générale. Tout devient indifférent à la malade, tout effort intellectuel est pénible, elle parle avec peine. Rien ne l'intéresse, rien ne l'amuse ; elle s'occupe d'une façon automatique et monotone. Son état lui est indifférent, d'ailleurs elle n'en a pas conscience. Toutes ses préoccupations gravitent autour de la question de son alimentation. Le caractère devient irritable, obstiné. L'inanition peut faire apparaître des troubles mentaux d'ordre varié : phobies, hallucinations.

L'inquiétude des parents est à ce moment au plus haut degré lorsque les choses en sont à ce point. « L'affliction vraie, sincère a succédé aux remontrances » (Lasègue) et cette inquiétude est justifiée car la terminaison fatale est là menaçante.

A ce moment parfois la jeune fille « s'inquiète de l'appareil attristé qui l'entoure et pour la première fois son indifférence satisfaite se déconcerte. » (Lasègue). Le traitement est accueilli avec une appétence que la malade cherche encore à dissimuler, deux directions s'offrent alors devant elle : 1° Ou elle est assez détendue pour devenir obéissante : c'est le cas le plus rare ; 2° ou elle accède à une demi-docilité avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées et peut-être à l'intérêt qu'inspire sa maladie : c'est le cas le plus fréquent. Et cela complique la situation et rendra le traitement beaucoup plus long et pénible.

Toutefois isolée de sa famille et étroitement surveillée par un médecin qui ne lui cède pas, la malade ac-

cepte assez facilement la réalimentation. Chaque jour l'état mental s'améliore à mesure que l'état physique devient meilleur et plus on avance dans la cure, plus on voit qu'au fond la malade n'est pas fâchée de sortir de là. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et la mort peut survenir, soit que l'inanition soit arrivée à un degré extrême, soit qu'une maladie intercurrente, tuberculose par exemple, n'emporte la malade avant qu'on soit arrivé à là réalimenter suffisamment.

LES TYPES CLINIQUES

La description qui précède répond à la forme la plus connue, celle qui est la mieux individualisée. Mais les cas d'anorexie d'origine psychique que l'on peut observer dans la pratique sont loin de répondre tous à cette description. Ils en diffèrent et diffèrent les uns des autres principalement par l'étiologie, par la réaction psychique de l'individu vis-à-vis de son anorexie, par la terminaison et, chose capitale, par le pronostic. Nous essaierons de les différencier et de voir quels sont leurs caractères respectifs. Disons tout de suite qu'entre ces diverses formes cliniques on trouve tous les intermédiaires. D'autre part nous ne prétendons pas être complets ayant surtout insisté sur les cas que nous avons personnellement observés.

Ces réserves faites nous distinguerons quatre grands types :

A. — L'anorexie hystérique.

B. — L'anorexie idiopathique, le plus souvent d'origine émotionnelle à côté de laquelle on peut décrire l'anorexie des nerveux à l'occasion de troubles organiques.

C. — L'anorexie phobique et s'en rapprochant l'anorexie des obsédés douteurs.

D. — L'anorexie à forme hébéphrénique.

A. — **L'anorexie hystérique.** — Pour Lasègue l'anorexie relevait le plus souvent sinon toujours de l'hystérie : c'était « une des formes de l'hystérie à foyer gastrique ». Actuellement on peut dire que l'anorexie d'origine hystérique est une des formes d'anorexie que l'on rencontre le moins souvent. A mesure en effet que l'on a mieux délimité les caractères de la névrose, de multiples accidents mis autrefois sur le compte de l'hystérie en ont été éliminés. L'anorexie hystérique a suivi le sort des hémiplégies, des anesthésies et aussi des prétendus stigmates. Et nous savons maintenant, grâce aux remarquables travaux de Babinski, que « *l'hystérie est un état pathologique se manifestant par des troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude parfaite et qui sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion* (*contre suggestion*) *seule.* »

Recherchons donc dans quelle mesure cette conception actuelle de l'hystérie s'applique à notre sujet.

Les auteurs distinguent : 1° une anorexie hystérique primitive et 2° une anorexie hystérique secondaire.

1° *L'anorexie hystérique primitive* survenant comme symptôme isolé de la névrose serait *une des formes de l'hystérie monosymptomatique.* Entendue de la sorte elle est d'une existence très discutable. Nous n'en avons pas observé personnellement et parmi les multiples observations publiées nous n'en avons pas trouvé de nette-

ment démonstrative. Il semble d'autre part difficile d'admettre qu'un sujet suffisamment marqué du sceau de la névrose pour présenter un symptôme hystérique aussi grave que l'anorexie soit totalement indemne d'autres accidents hystériques. Ce raisonnement il est vrai n'a qu'une valeur toute relative si l'on songe aux accidents hystériques subits et importants : grandes crises, paralysies, etc..., qui survenaient chez des malades apparemment indemnes jusque-là placés dans des salles d'hôpital quand ils étaient témoins d'accidents analogues. Nous avons recherché aussi dans la littérature médicale si l'on avait publié des cas d'anorexie par contagion, d'épidémies d'anorexie : nous n'en avons pas trouvé. Bouveret cependant cite un cas d'anorexie mentale survenue chez la sœur d'une jeune fille anorexique depuis plusieurs années. Malheureusement l'observation n'est pas publiée.

Toutefois beaucoup d'auteurs entendent par anorexie hystérique primitive l'anorexie de nature hystérique survenant chez des malades présentant d'autres accidents de la névrose : ces accidents n'ayant pas de rapport causal avec l'anorexie. Ainsi entendue il nous semble plus logique de la faire rentrer dans l'anorexie hystérique secondaire dont nous allons maintenant nous occuper.

2° *L'anorexie hystérique coexistant* avec d'autres manifestations de la névrose existe-t-elle ? Pour le Dr Babinski, qui a bien voulu nous donner son opinion sur ce point, son existence ne serait pas démontrée. Personnellement le Dr Babinski ne se rappelle pas avoir jamais

observé d'anorexie que l'on puisse sûrement mettre sur le compte de l'hystérie. Certes il arrive parfois que l'anorexie cède rapidement à la persuasion mais elle ne céderait pas complètement. Ces malades ont encore besoin d'être suivies, d'être surveillées de très près et parfois pendant longtemps pour ne pas retomber dans une alimentation très insuffisante. Personnellement nous n'en avons pas observé non plus, sauf peut être le cas suivant :

Une jeune fille de 13 ans, n'ayant jamais eu aucun symptôme hystérique, présente, à la suite d'une émotion, et brusquement, de la paraplégie avec contractures, de l'atasie-abasie, une anesthésie totale, de grandes crises, du somnambulisme. En même temps elle est prise d'un dégoût invincible pour tous les aliments, refuse de s'alimenter et maigrit de plusieurs kilogs. Elle entre à Auteuil et guérit brusquement par persuasion de tous ses symptômes y compris l'anorexie. Elle se remet à s'alimenter normalement et continua à se bien porter dans l'avenir.

D'autre part le Dr Séglas nous a communiqué le fait suivant :

Il fut appelé il y a sept ou huit ans auprès d'une malade paraplégique et anorexique depuis plusieurs mois. Elle refusait catégoriquement toute alimentation et spécialement la viande dont elle n'avait pas pris le plus petit morceau depuis près d'un an. Le médecin qui là soignait lui représenta le Dr Séglas comme quelqu'un à qui l'on ne résistait guère. Il vint et lui ordonna de se lever et de marcher, ce qu'elle fit immédiatement, puis

il fit apporter un beeksteack en lui disant qu'elle allait le manger : et elle le mangea de suite. De ce jour il ne fut plus question ni de paralysie ni d'anorexie.

Dans ces deux observations l'anorexie semble bien relever de l'hystérie. Nous pensons en effet que l'anorexie hystérique existe, mais elle est très rare.

Dans les cas typiques la nature hystérique du syndrome se révèle assez aisément. Le début en est le plus souvent brusque, sans raison et l'anorexie arrive rapidement à son apogée. Ou bien la malade aura entendu son entourage s'apitoyer sur le sort d'une personne obligée de suivre un régime réduit et trouve là le moyen de se faire plaindre aussi. D'autres fois c'est à la suite d'un symptôme nettement hystérique : sensation de boule œsophagienne souvent associé d'ailleurs aux vomissements hystériques que l'anorexie s'établit. La perte de l'appétit est difficile à apprécier, mais très probable. Le refus alimentaire est nettement exprimé avec fracas et mise en scène. Il est souvent absolu ou bien la malade fait preuve dans le choix des aliments d'une fantaisie et d'une versatilité des plus marquées. L'anorexie est entrecoupée de retours inopinés d'appétit et d'alimentation. Enfin, le symptôme peut céder brusquement et complètement sous l'influence de la persuasion ou de l'intimidation. Cette évolution qui fait alors le diagnostic est loin d'être constante. L'anorexie hystérique peut mener à l'inanition et il peut arriver un moment où elle est tellement enracinée que la persuasion n'a plus prise sur elle. Un traitement suivi et

sévère est alors nécessaire ; cependant ces malades reprennent en général des forces plus rapidement que dans les autres anorexies. Ajoutons encore que pendant la crise d'anorexie, les autres symptômes hystériques peuvent s'atténuer ou s'aggraver beaucoup et cette atténuation peut persister après le retour de l'alimentation normale. L'allure générale du syndrome permettra cependant de le rattacher à sa véritable cause.

Mais dans beaucoup de cas étiquetés anorexie hystérique il s'agit en réalité d'**anorexie mentale chez des hystériques.** Il s'agit en général d'anorexie d'apparence bénigne par les troubles mentaux qui l'accompagnent mais qui peut cependant mener à la mort par inanition. Cette anorexie n'a pas les caractères que l'on assigne habituellement à l'anorexie hystérique vraie et se rapproche beaucoup plus de l'anorexie idiopathique que nous avons décrite précédemment. Voici par exemple un cas que nous avons observé personnellement.

Observation I

Anorexie mentale chez une hystérique (obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle X..., 19 ans, nous est amenée le 26 février 19..., avec le diagnostic d'anorexie nerveuse. Il y a six mois elle pesait 55 kilogrammes, actuellement (jour de son entrée) son poids est de 40 kgr. 900.

En septembre précédent, à la suite de peines de cœur elle perd l'appétit et diminue son alimentation. Cette diminution

progressive l'a amenée depuis deux mois à suivre un régime composé : le matin : thé ; le midi : quelques bouchées de viande et de fruits ; le soir : quelques cuillerées de potage. Les quatre premiers mois l'amaigrissement a été très lent. Depuis le milieu de décembre par contre elle diminue à vue d'œil. Les règles ont disparu.

A son entrée à Auteuil elle déclare qu'elle ne peut s'alimenter à cause de la gène que lui causent les aliments. Elle semble ne plus attacher d'importance aux peines de cœur qui ont provoqué l'anorexie. Elle a été heureuse de maigrir parce qu'elle trouve que celà lui donne un aspect plus distingué, mais elle ose à peine le dire. Elle est très amaigrie, la constipation est très forte. Il y a du météorisme de tout l'intestin, et une légère sensibilité de l'S iliaque.

Elle est gaie, enjouée, plutôt élégante, soigne sa toilette. Les tentatives d'alimentation ne provoquent pas d'angoisse mais une résistance avec pleurs et caractère maussade. D'autres fois quand on là sollicite à s'alimenter elle ferme les yeux, prend dans son lit une pose alanguie, se plaint qu'on la martyrise et qu'on est sans pitié pour son état. On s'aperçoit très bien qu'il ne lui déplaît pas de se faire plaindre et de voir que l'on s'occupe d'elle.

Cette jeune fille a présenté dans son enfance à diverses reprises des accidents nerveux, en particulier vers 14, 15 ans une prétendue coqueluche qui n'était qu'une toux nerveuse. Fréquemment elle se plaint de migraines pour lesquelles elle se bourrait d'aspirine dont le médecin a interdit l'emploi.

Son caractère est doux mais obstiné. A propos de choses futiles elle a des entêtements que rien ne peut faire céder. Elle a toujours été une constipée habituelle.

Enfin elle a présenté il y a deux ou trois ans des crises hysté-

riques qui n'ont jamais reparues quand la malade a su que ce n'était que des crises nerveuses qui lui ont fait honte.

Traitement. — Isolement et alitement. Réalimentation. Régime de début : 100 grammes de purée, 1 œuf, 50 grammes de viande en poudre. On a augmenté progressivement jusqu'à 200 grammes de purée et 80 grammes de viande. La réalimentation a été facile. Elle commence à se lever après six semaines d'alitement et sort le 14 juin après trois mois et demi de séjour, pesant 53 kgr. 500 et s'alimentant normalement.

Depuis sa sortie la malade a été suivie. Voici ses poids, 25 juin : 56 kgr. 700 ; 24 octobre : 51 kgr. 900 ; 6 novembre, 54 kgr. 350. Le régime est le suivant :

Premier déjeuner : 1/2 livre de raisin ; 100 grammes de pain grillé ; thé léger. Le midi : 250 grammes de pain ; 60 grammes de viande ; fromage blanc ou fruit cuit ; une grappe de raisin. A 4 heures : 100 grammes de pain grillé, beurre et thé. A 7 heures : potage de légumes ; 250 grammes de purée ou pâtes ; 50 grammes de fromage blanc ; raisin.

Si la malade obéit au médecin, on n'a jamais pu, depuis qu'elle est rentrée dans sa famille la laisser se servir elle-même. Dès qu'on la forçait, le poids diminuait peu à peu. La malade accepte qu'on pèse ses aliments et mange toute la quantité prescrite, mais pas un gramme de plus. Ses règles, revenues à la fin de son séjour à Auteuil n'ont pas reparu dans les six mois qui ont suivi et il est possible que la difficulté d'alimentation soit liée à leur absence.

Revue le 10 décembre : Par moments l'alimentation serait encore difficile, elle a perdu du poids depuis un mois, elle reprend actuellement. Au dire des parents, sans qu'elle soit malade, son état n'est pas encore parfait.

Souvent dans ces cas l'anorexie est secondaire à des troubles que l'on attribue à l'hystérie et qui ne sont en réalité que des *phénomènes de nature émotive*. Il en est ainsi par exemple des spasmes du pharynx et de l'œsophage. Etant donné ce que nous savons actuellement de la nature de l'hystérie, on peut difficilement admettre la nature hystérique de ces troubles sans accepter par là-même l'influence de la suggestion sur les muscles lisses, ce qui serait un non sens physiologique. Au contraire, le spasme symptôme émotif n'est nié par personne : c est un fait d'observation.

Il ne suffit donc pas qu'il y ait coexistence d'anorexie et d'hystérie pour porter le diagnostic d'anorexie hystérique. Une malade présentant des troubles hystériques pouvant parfaitement faire une anorexie mentale comme nous le voyons par l'observation publiée.

B. — L'anorexie idiopathique. — Par ce terme nous voulons dire qu'elle ne paraît dépendre d'aucune tare mentale nettement définie. L'anorexie le plus souvent semble avoir comme cause déterminante une émotion. Nous l'appellerions volontiers « anorexie d'origine émotionnelle » si cette appellation ne semblait pas trop préjuger de la valeur trop grande de l'émotion comme cause exclusive, alors qu'elle n'est le plus souvent, nous semble-t-il, qu'une simple cause occasionnelle.

C'est elle qui a servi de type à notre description symptomatique générale. Nous nous contenterons donc de rappeler schématiquement ses principaux caractères.

Mais auparavant notons que les malades qu'elle atteint ont en général une hérédité peu chargée ou nulle.

On peut rencontrer chez les parents de l'émotivité ou de l'instabilité du caractère. Mais cela est surtout évident dans les antécédents personnels des malades. Ces jeunes filles ont toujours été capricieuses, volontaires, émotives, entêtées, ayant souvent une certaine pudeur à déceler leurs émotions, leur état d'âme. Les parents vous disent d'elle : « On n'a jamais su ce qu'elle pensait, bien qu'elle ait toujours été affectueuse et douce. » On relève souvent des maladies de l'enfance qui font que les parents sont aux petits soins pour elles. C'est parmi les autres enfants celle dont la santé a été le plus souvent en cause. Une atmosphère spéciale se crée ainsi autour de la malade. Cette anorexie est presque le privilège des enfants gâtées et des filles uniques.

Les trois observations suivantes rentrent dans ce type.

Observation II

Anorexie mentale légère à la suite d'émotions et de fatigues (*obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil*)

Jeune fille agée de 20 ans, taille : 1 m. 55. Nourrie au sein toujours bien portante sauf une bronchite assez sérieuse survenue au moment de la dentition qui s'est passée très bien. Sevrée à 1 an. Bien portante dans l'enfance. Elle va en classe jusqu'à 16 ans 1/2 ; les classes furent interrompues seulement à 12 ans par une scarlatine grave compliquée d'endocardite mitrale sans albuminurie dans l'urine. Sans paraître très forte elle jouissait d'une assez bonne santé, très courageuse. Travaillait beaucoup, sans répit. Impossible de la faire cesser, surtout au moment de

son brevet à 16 ans. C'est à cette époque qu'elle fut menstruée, menstruation assez abondante la première fois pour disparaître complètement après quelques apparitions. Depuis lors elle éprouvait, dit-elle, plus ou moins de douleurs vers la fin de chaque mois.

En janvier 19.. sa mère devint très malade et dut s'aliter plusieurs mois. Elle soigna sa mère avec un dévouement extraordinaire : infatigable et très inquiète. En avril suivant sa grand'-mère meurt d'une crise d'asystolie qui a duré quinze jours et qui a impressionné la malade, déjà très préoccupée par la maladie de sa mère. C'est de cette époque que date l'anorexie.

A partir de ce moment on put remarquer qu'elle pâlissait, maigrissait, que son appétit devenait nul ou capricieux, que son caractère changeait. On constate à quelques temps de là un amaigrissement très marqué et un peu de scoliose. En avril de l'année suivante le Dr S..., consulté, porte le diagnostic d'anorexie mentale datant de dix-huit mois, ayant amené une inanition extrême arrivée aux dernières limites. Son poids est de 30 kilogrammes. Température vaginale 35°6. Pouls à 48 par minute. Peau froide de batracien, extrémités et nez violacés à tendances asphyxiques. Estomac atone et clapotant, intestin vide et rétracté donnant une sensation de ventre de cholérique. Constipation. Ni albuminurie ni glycosurie. Urines très rares. Auscultation très difficile à cause de la faiblesse du murmure vésiculaire. Ne révèle pas de signes de tuberculose pulmonaire. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur. Cure d'alimentation et de psychothérapie dans l'isolement, urgente.

Pas de tares névropathiques. Intelligente, gaie et d'un caractère très avenant. Mais pendant la crise d'anorexie le caractère était très inégal avec tendance à la tristesse.

Traitement. — Dès que la malade fut sortie de son milieu la réalimentation fut très facile. Régime : premier déjeuner : cacao ; 10 heures: 2 œufs crus ; midi : œuf, 2 plats de viande rôtie ou grillée, purée du féculents, entremets ; à 4 heures : 2 œufs ; le soir ; potage, 2 plats de viande, nouilles, entremets, fruits. Lait le soir. Eau aux repas. Camomille. Repos au lit et chaise longue dehors.

Le 26 juillet (jour de l'entrée) : Poids : 30 kgr. 800.

Le 4 août. — Poids : 34 kgr. 300. A ce moment la malade a des selles régulières. Elle dort admirablement huit à neuf heures par nuit. Elle mange très bien et reprend l'appétit.

Le 18 août. — Poids : 37 kgr. 450. Le 20 août, purgatif (Limonade Roger). Elle trouve l'alimentation très réduite difficile à supporter et mange avec un vif plaisir le lendemain. A partir de ce moment toute rigueur est supprimée. La malade mange ce qu'elle veut mais boit de l'eau et très peu de vin blanc : pas de café.

Le 25 août. — Poids : 39 kgr. 400. Le 1er septembre, Poids : 40 kgr. 800. La malade fait de très longues marches sans aucune fatigue. L'état mental et l'état physique sont parfaits. A part l'absence de règles il n'y a rien d'anormal. Pas de pertes blanches. Douches chaudes à 34° qui lui sont agréables.

Elle quitte l'établissement le 4 septembre ; on conseille de faire un séjour à la campagne et de ne pas reprendre le travail dans la maison avant quelques mois. Rester couchée quand les règles surviendront, si légères soient-elles. Prendre des douches chaudes.

Revue huit mois après sa sortie. Poids, habillée : 53 kgr. 150. L'appétit est très bon ainsi que l'état général. Marche facilement sans aucune fatigue. Les fonctions intestinales sont régulières. Mais les époques ne sont pas encore revenues.

Revue dix-huit mois après sa sortie. Les époques sont revenues un an après sa sortie, sans aucun trouble. Bien réglée depuis.

Observation III

Anoréxie mentale après séparation des siens (obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle L..., actuellement âgée de 17 ans 1/2 est d'un tempérament arthritique et nerveux. On relève d'ailleurs dans ses antécédents de l'arthritisme et surtout du nervosisme. Dans son enfance elle avait souvent des réveils nerveux avec cris et faisait des colères fréquentes. Elle était sujette aux urticaires (ampoules avec cloches) et aux angines (points blancs fréquents dans la gorge). Elle est menstruée à 13 ans normalement. A 15 ans bronchite grave avec menace d'asthme. Cette jeune fille, fine, intelligente, très émotive, souffrait beaucoup d'une extrême divergence de caractère entre elle et sa mère. Elle était souvent reprise très vivement pour des crises d'émotivité qu'il aurait mieux valu calmer doucement et modifier peu à peu. L'enfant en était arrivée à croire que sauf son père on ne l'aimait pas beaucoup dans sa famille.

Son anorexie a débuté à 16 ans au moment où on la mit en pension. Elle attribua à un manque d'affection sa mise en pension qu'elle avait d'abord acceptée avec plaisir à cause des difficultés qu'elle avait avec sa mère. Et pour rentrer dans sa famille elle fit les imprudences que nous allons signaler. Elle pesait à ce moment 53 kilogrammes. Tout alla bien d'abord mais elle prit au bout de quelques mois la pension en horreur et fit tout pour se faire retirer: se retenant d'aller à la selle pour avoir des trou-

bles intestinaux, ne mangeant pas pour maigrir, laissant la nuit la fenêtre ouverte par le mauvais temps pour s'enrhumer.

En dix-huit mois elle maigrit alors de 12 kilogrammes, les règles disparurent, la constipation devint invétérée, elle fit un peu d'entéro-colite légère qui guérit rapidement et accusa quelques douleurs sciatiques. Très nerveuse, très émotive. Elle rentre dans sa famille et fait une bronchite qui mit le médecin sur la fausse voie de la tuberculose. Puis, la situation ne s'améliorant guère, la toux cessa mais elle maigrit encore, ne mangeant plus, se constipant de plus en plus.

C'est dans cet état qu'elle entre à Auteuil deux ans et demi après le début de son anorexie. Elle est très amaigrie et pèse 38 kgr 400. Elle refuse toute alimentation, la constipation est très accentuée. Il n'y a pas de symptôme d'affection organique de l'intestin. Elle ne tousse pas, pas de symptômes pulmonaires, hypothermie presque constante. Examen du sang normal. Toujours en mouvement, abuse de la marche.

On expose à la malade le danger qu'elle court en ne se nourrissant pas et l'impossibilité où est sa famille de la laisser dans cet état. On lui dit nettement qu'elle ne quittera Auteuil qu'après avoir repris un poids suffisant et un bon état général. On met la malade au lit et on lui donne une alimentation pesée : viande, purée, fruits cuits; puis on y ajoute des puddings et on augmente les purées. La malade doit manger tout ce qu'on lui sert. Elle obéit en pleurant les premiers jours, mais elle est très docile. Son poids augmente rapidement et son état mental redevient rapidement normal. L'émotivité reste un peu trop vive mais la malade reprend de la gaîté, de l'entrain et quitte Auteuil au bout de trois mois de séjour, guérie, mangeant normalement et gardant seulement une petite tendance à la constipation. La ma-

lade s'est bien portée depuis. Elle est actuellement mariée et bien portante.

Observation IV

Anorexie mentale à la suite d'un état émotionnel prolongé. (Obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle N..., âgée de 18 ans, entre à Auteuil le 24 mai 19.., sur les conseils du Dr Babinski. Elle est atteinte d'anorexie mentale et est par suite dans un état de dénutrition assez avancé. Ayant 1 m. 66 de taille, elle pèse 43 kilogrammes (sans vêtements) et aurait perdu 15 kilogrammes depuis dix-huit mois. Elle est en effet amaigrie et pâle. Les muqueuses sont décolorées. L'amaigrissement peu apparent à la face est très marqué sur le corps et les membres. Les saillies osseuses se dessinent sous la peau qui par endroits menace de se scarifier. Le ventre est déprimé, la peau sèche et tendue. Les cheveux sont devenus cassants ainsi que les ongles qui présentent à la base une sillon transversal caractéristique de l'inanition. L'examen des viscères donne un résultat négatif. Elle ne tousse pas et n'a jamais toussé. Rien à l'auscultation des poumons sauf une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Respiration superficielle. Rien à la percussion. Pas d'augmentation des vibrations, pas de bruits anormaux. Au cœur, pas d'hypertrophie, pas de souffle. Le pouls bat à 78°-80°, bien frappé, bondissant, légèrement arythmique. Pression artérielle 16/12 au Pachon. Pas de fièvre. Le foie est petit. L'examen du tube digestif ne révèle aucune lésion organique. Il existe une constipation opiniâtre cédant difficilement aux laxatifs. Les dents se sont cariées rapidement depuis quelques mois. L'examen du système nerveux est négatif. Les ré-

flexes sont normaux. Pas de trouble, ni objectif, ni subjectif de la sensibilité. Pas de stigmates hystériques. Le sommeil est excellent. Les règles sont supprimées depuis le début de l'anorexie. Diurèse normale : 1.400 centimètres cubes. L'analyse des urines faite le 9 juin décèle une élimination de 36 gr. 30 d'urée par vingt-quatre heures, malgré une alimentation journalière des plus réduites composée de : matin : thé et un gâteau sec; le midi : un tout petit morceau de viande, autant de légumes, pas de pain; le soir la même chose. Elle boit également très peu.

Elle ne donne pas de raison bien précise de son refus d'alimentation, sinon : qu'elle ne peut pas manger, que cela l'ennuie, qu'elle mange suffisamment. D'ailleurs elle ne se sent pas malade. Mais elle est très réticente et ni ses parents, ni les médecins n'ont pu lui faire avouer la raison qui l'a poussée à ne pas manger.

Les parents sont bien portants, la mère intelligente, le père scrupuleux, émotif ; deux sœurs bien portantes. Elle-même a toujours joui d'une excellente santé. Elle a été réglée à 13 ans sans incident. Elle a toujours été d'un caractère renfermé, volontaire, souvent entêté. Son anorexie a débuté il y a environ dix-huit mois à la suite d'une petite aventure affective, qu'elle a eue à l'insu de ses parents ; suivie d'inquiétudes au sujet d'un mariage qu'elle désirait et qui était d'ailleurs approuvé par les siens. Il en est résulté un état émotionnel prolongé à la suite duquel elle a perdu l'appétit. La santé générale est restée relativement bonne pendant six ou sept mois puis est survenu de l'amaigrissement, de l'irritabilité, un besoin de mouvements excessifs. Elle est devenue capricieuse et a présenté des bizarreries de caractère. Elle s'inquiétait au sujet de sa sœur qui suivait un régime d'amaigrissement, craignant toujours qu'elle ne tombe

malade par alimentation insuffisante. Elle ne s'intéressait plus à rien, restait des journées entières sans s'occuper. Elle faisait disparaître ses aliments, usait de subterfuges pour faire croire qu'elle pesait davantage.

A Auteuil elle est mise à l'isolement et nous la réalimentons. Réalimentation assez facile. Au début elle résiste bien un peu, pleure, mais semblerait avoir honte qu'on la fasse manger et préfère s'alimenter seule : son amour-propre est conservé. Au bout de huit jours il n'y avait plus de difficulté. Au début elle avait une horreur particulière pour les aliments sucrés : plus tard elle aura plutôt tendance à en manger trop. Elle présente des troubles de l'appréciation visuelle des plus marqués : elle ne comprend pas qu'on destine des plats aussi volumineux à une seule personne. Les gens qu'elle aperçoit et qui sont normaux lui paraissent d'un embonpoint exagéré.

Cependant à mesure qu'elle reprend du poids, ces troubles s'atténuent et son état mental redevient rapidement normal. Elle s'est rendue compte qu'elle avait été malade un mois après son entrée, mais elle reste sceptique quand on lui dit où cela aurait pu la mener. Voici la progression de son poids. Elle a suivi une marche inversement proportionnelle au taux de l'élimination urinaire de l'urée par vingt-quatre heures : nous la donnons parallèlement :

29 mai : 43 kgr. 650 ; 31 mai : 43 kgr. 100 ; 6 juin : 43 kgr. 850 ; 9 juin : 44 kgr. 450 (*urée : 36 gr. 30*) ; 11 juin : 44 kgr. 350 ; 14 juin : 44 kgr. 550 ; 16 juin : 43 kgr. 950 (*urée : 33 gr. 25*) ; 19 juin : 45 kgr. 100 ; 25 juin : 45 kgr. 650 (*urée : 34 gr. 41*) ; 30 juin : 46 kgr. 300 ; 4 juillet : 48 kgr. ; 7 juillet : 49 kgr. 850 (*urée : 22 gr. 28*) ; 11 juillet : 51 kgr. 400 ; 17 juillet : 52 kgr. 050 ;

19 juillet : 53 kgr. 500 ; 23 juillet : 54 kgr. 250 ; 27 juillet : 55 kgr. 100 (*urée : 27 gr. 85*).

Les règles sont revenues le 12 juin, assez abondantes. La constipation a cédé d'abord aux laxatifs légers, puis les garde-robes sont devenues normales et régulièrement journalières. Dans les trois dernières semaines de son séjour la malade a présenté à diverses reprises de la tachycardie, durant chaque fois vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans aucun autre signe. Le pouls battait entre 110 et 120 sans aucune gêne respiratoire, ni aucune angoisse. Les yeux sont peut-être un peu brillants, le corps thyroïde est de grosseur normale.

Elle sort le 27 juillet complètement guérie de son anorexie. Depuis cette époque elle est restée à peu près normale ; cependant vers le mois de décembre suivant, elle recommence à présenter des symptômes analogues quoique très atténués. Elle s'alimente suffisamment, mais s'inquiète encore de la santé de sa sœur (qui continue à être bien portante). Elle redevient apathique, nonchalante, commet des imprudences, laissant sa fenêtre grande ouverte au risque de s'enrhumer. Bref les parents trouvent qu'elle n'est pas encore parfaitement bien portante. Elle ne pèse plus que 54 kgr. 500. Elle continue à être bien réglée.

Ces trois observations très typiques nous dispensent d'insister davantage sur les caractères de cette forme d'anorexie. Nous nous contenterons de les rappeler schématiquement. Début : émotion, perte de l'appétit, diminution alimentaire qui va progressivement en s'accentuant. Conseils, prières puis menaces de l'entourage à laquelle répond du côté de la malade une obstina-

tion de plus en plus marquée, puis un refus absolu. A la période d'état : en dehors des questions alimentaires normales : sentiments affectifs peu diminués, gaîté, douceur, coquetterie, amour propre conservé. Pour les questions alimentaires : réticences, supercheries, résistance, indifférence, macropsie, honte de leur état ; la malade cède en général facilement : pleurnicheries, réalimentation rapide : pas de grande angoisse, pas de refus systématique. Peut mener à la mort par inanition. Le plus souvent guérison. Rentrent dans leur famille, mangeant comme tout le monde, Il y aurait même tendance à trop manger. Nous parlerons plus loin de leur avenir.

A côté de ce type on peut placer **l'anorexie des nerveux à l'occasion de troubles organiques.** Elle ressemble parfois singulièrement par sa continuité et sa gravité à l'anorexie que nous venons de décrire et n'en diffère que par le début nettement légitimé par une cause organique.

D'autres fois, et c'est ce type que nous avons ici en vue, elle a une allure plus décousue et cède en général facilement à une direction psychothérapique bien conduite. Elle peut cependant mener à l'inanition grave, témoins le cas suivant.

Observation V

Anorexie chez une nerveuse à l'occasion de troubles d'autointoxication (obs. due à l'obligeance du Dr Millon).

Malade âgée de 38 ans qui a toujours été une émotive et n'a jamais fait d'anorexie dans sa jeunesse.

Depuis la naissance de sa fille âgée de 16 ans elle s'alimente

d'une façon insuffisante, réduisant progressivement son alimentation. Depuis cette époque en effet elle présente des troubles digestifs : pesanteur et gonflement après les repas, tiraillements, douleurs de reins dus vraisemblablement à une ptose généralisée (rein, estomac, côlon) qui a dû se constituer ou s'aggraver après la naissance de l'enfant et augmente progressivement depuis, grâce à l'amaigrissement. En dehors des phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrite qui sont constants, la malade présente des crises qu'elle qualifie de migraines. Elles sont constituées par une céphalée bilatérale sans photophobie, un état nauséeux qui ne va pas habituellement jusqu'au vomissement. Plusieurs fois on a constaté au moment de ces crises une légère albuminurie qui n'existe pas en temps normal. Pendant les crises, l'estomac normalement ptosé, se dilate énormément et vient au voisinage du pubis. Mais on ne retire qu'une petite quantité de suc gastrique sans débris alimentaires lorsqu'on pratique un sondage. Pendant ces crises la malade se déclare incapable de prendre aucun aliment sauf un peu d'eau. Ces crises durent parfois deux ou trois jours. Très rares au début, elles se sont rapprochées depuis cinq ou six ans et la malade en a parfois 2 ou 3 par mois. Au moment des crises on constate parfois, mais non pas toujours du gonflement douloureux du rein droit, dû probablement à de l'hydronéphrose intermittente. D'une façon très habituelle une débâcle d'urines claires termine la crise.

Dans l'intervalle des crises l'estomac est ptosé et largement dilaté avec clapotage péri-ombilical. Le foie est petit, les reins flottants descendent à droite dans la fosse iliaque. L'intestin est contracté en corde mais peu douloureux.

On essaie de réalimenter la malade qui s'y prête mal à cause des malaises qu'elle ressent et aussi parce qu'une haute autorité

médicale lui a déclaré qu'il fallait vivre avec ses malaises sans espérer les soulager beaucoup. Les crises chez cette malade étant plus marquées l'hiver, peut-être sous l'influence du froid, elle passe tout l'hiver, mangeant des légumes à l'eau, des fruits cuits, parfois quelques bouchées de viande. Elle a cependant éprouvé quelque soulagement d'une ceinture abdominale qui soutient les reins.

En août 19.. elle entreprend un grand voyage malgré notre défense et elle est obligée de l'interrompre et de rester couchée quinze jours à l'hôtel. Dès sa rentrée nous la forçons à entreprendre chez elle une cure de réalimentation au lit : son poids est de 38 kilogrammes. Quinze jours plus tard nous sommes appelés auprès de la malade qui présente des symptômes d'inanition grave : Rapidité du pouls qui bat à 130, petit, filiforme, extrémités froides et cyanosées, tendances syncopales dès qu'elle fait un mouvement dans son lit. La température ne dépasse pas 35°9.

On donne à la malade un lavement de sérum physiologique avec 2 cuillerées à café de vieux cognac répété chaque jour. Tous les deux jours injections de sérum avec 2 milligrammes de strychnine. Cinq repas par jour avec un peu de viande pulpée à midi, des fruits, des farines lactées. Champagne en petite quantité dès qu'il existe des tendances syncopales. Huile camphrée.

Trois jours plus tard le pouls est à 110. La température s'élève au-dessus de 36°. Les tendances syncopales sont moins fréquentes, mais se renouvellent dès que la malade tente de se relever dans son lit. La réalimentation se fait progressivement. Au bout de un mois la malade mangeait une bonne tranche de viande aux deux repas plus des légumes, des entremets et des fruits. Le

poids remonta en quatre mois à 46 kilogrammes, soit une augmentation de 8 kilogrammes.

Depuis ce temps les crises migraineuses ont beaucoup diminué d'intensité et de fréquence. Elles ne s'accompagnent plus de dilatation d'estomac. L'état nauséeux a disparu et la malade mange malgré les crises. Les reins sont ptosés mais beaucoup moins mobiles et très facilement fixés par la pelote.

La malade a été trop effrayée par cette crise grave d'inanition pour ne pas s'alimenter malgré les malaises qu'elle présente encore, bien qu'atténués. Elle a pu mener une vie active malgré de très graves ennuis et n'est jamais revenue à une alimentation insuffisante.

Dans cette anorexie la part psychique est à son minimum. C'est une anorexie organique avec appoint psychique. L'évolution ultérieure est aussi bien différente. L'état grave où l'ont mené ses craintes exagérées des aliments est souvent pour la malade un avertissement qui lui permettra plus tard de mieux résister à de nouvelles tendances analogues.

C. — **L'anorexie phobique.** — C'est une forme fréquente, plus grave au point de vue mental que la précédente. Les antécédents héréditaires des malades sont fréquemment chargés. L'hérédité quelquefois similaire dénote chez les parents des phobies ou des obsessions de diverse nature. D'autre fois on ne trouvera qu'une émotivité exagérée. Enfin l'alcoolisme des parents vient souvent charger encore ces diverses tares.

Pour les malades eux-mêmes, deux cas peuvent se présenter : a) ou bien la malade est depuis longtemps

une obsédée ou une phobique et l'anorexie n'est que la localisation sur les besoins alimentaires d'un de ces troubles qui domine momentanément ; b) plus souvent peut-être la phobie, cause directe de l'anorexie, semble unique, la première en date. Même dans ce cas le passé est rarement indemne. On note un manque d'harmonie, d'équilibre entre les facultés, des peurs nocturnes chez l'enfant avec réveils angoissés, de l'émotivité exagérée, des scrupules religieux.

Nous présenterons d'abord deux observations se rapportant à cette catégorie. Nous devons la première à l'amabilité de M. le Dr Séglas. La deuxième a été recueillie à l'Etablissement d'Auteuil.

Observation VI

Anorexie mentale par phobie de la rougeur, terminée par la mort (obs. due à l'obligeance de M. le Dr Séglas).

Mlle S..., âgée de 16 ans, couturière, entre le 13 février 1912 à la Salpêtrière, division Pinel, dans le service de M. le Dr Séglas.

La mère donne les renseignements suivants. Il y a un an, après des vacances de trois mois à la campagne à la suite de son certificat d'études, la jeune fille a été mise en apprentissage (couturière). Elle pesait 95.

Il y avait une ouvrière très rouge de figure qui lui dit qu'elle prenait du bicarbonate de soude pour maigrir et qui lui a donné le conseil d'en faire autant. Elle en a pris tout de suite ; mais sa mère ne s'en est aperçue que six mois après et en a trouvé plu-

sieurs sacs. Elle cesse à ce moment. Puis elle fait une réserve et en emporte à la campagne. Elle en était arrivée aussi à coucher assise dans son lit parce qu'elle se trouvait trop rouge. Elle commençait à restreindre sa nourriture. Elle faisait le simulacre de se moucher et rejetait les aliments dans son mouchoir. Elle jetait son lait dans le plomb. Depuis elle a restreint de plus en plus sa nourriture. Dernièrement, dînant chez des amis, elle jetait les aliments sous la table. Elle faisait son choix rejetant ce qui était saignant ou farineux. Quand on la servait, elle faisait la part de ce qu'elle voulait prendre. Elle mangeait à peu près 40 grammes de viande, gaufrettes, bonbons, et avant elle n'aimait pas la viande. Au petit déjeuner : rien. Le midi : 40 grammes de viande, un peu de confitures, une gaufrette. Le soir : un peu de soupe : parfois un œuf. Elle se fiait pour se soutenir aux piqûres de sel marin.

Elle a travaillé jusqu'à la semaine dernière. Capricieuse : si on lui donnait du lait, elle voulait du café ou du thé. Elle se regardait toujours dans la glace en disant : « Voyez comme je suis rouge ». Elle allait se faire peser chez le pharmacien pour voir si elle maigrissait. Sa mère avoue qu'elle la gâtait et n'avait aucun empire sur elle.

Elle n'a jamais fait de maladie, ne s'est jamais trouvée mal, pas de crises de nerfs, pas de syncopes. Très caressante, diable « comme un bébé gâté », toujours volontaire ; très gaie, chantait dès qu'elle était levée, pas de sautes d'humeur, active, aimant le travail. Pas capricieuse (?), pas d'autres idées spéciales.

Certificat d'étude à 13 ans. Allait à l'école à 5 ans. Ce n'était pas une merveille en dehors de la couture. Pas d'observation spéciale sur son caractère. Pas de retard de développement. Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée à 13 ans 1/2. Les règles

sont suspendues depuis près d'un an, cela bien avant qu'elle ne cesse de manger.

Une sœur morte d'appendicite en quarante-huit heures il y a eu un an le 9 mars. La malade ne s'est pas montrée frappée de ce fait ; d'ailleurs à cette époque elle avait déjà parlé de la réflexion de l'ouvrière qui voulait maigrir et commencé son bicarbonate. Une autre sœur bien portante.

La mère n'a jamais été malade, pas de crises de nerfs, pas de sensiblerie. Le père sobre, pas malade. On ne connaît rien dans sa famille.

La malade disait parfois : « si on me met dans un sanatorium je me jetterai par la fenêtre. » Dans les derniers temps moins affectueuse, moins expansive vis-à-vis de sa famille parce qu'elle était furieuse de ce qu'on voulait la faire manger. Travaillait, disait qu'elle ne pouvait rester sans rien faire ; causait très peu. Contrariante seulement pour le manger.

A l'entrée elle est très peu communicative. Quelque peu négativiste, se refuse à tout interrogatoire, s'alimente par peur. Opposition systématique. Extrêmement amaigrie. Sommets suspects, mais respire très mal.

Le 20 février. — La malade déclare qu'elle a un peu plus d'appétit et se sent un peu plus forte. Elle dit que si elle a diminué ses repas depuis un an c'était parce qu'elle n'avait pas d'appétit. Mais si on insiste elle finit par avouer que c'était pour maigrir. Elle dit d'ailleurs qu'avant de restreindre son alimentation elle avait changé de caractère.

Sa taille est de 1 m. 48. Voici le résultat des pesées : le 13 février 1912 : 31 kgr. ; 19 février : 28 kgr. ; 27 février : 29 kgr. ; 5 mars : 31 kgr. 500 ; 12 mars : 29 kgr. ; 19 mars : 29 kgr. 500 ; 26 mars : 29 kgr. 500.

A ce moment son régime est composé : le matin : café au lait ; à 11 heures : 1/2 bol de bouillon, et 3 jaunes d'œufs, 1 côtelette, quelques cuillerées de légumes, confitures, gâteaux secs ; à 5 heures : 1 bol de potage, 3 jaunes d'œufs, poisson ou poulet, légumes, confitures et gâteaux secs. Elle boit en plus dans la journée 80 centilitres de lait.

Le samedi 2 mars elle vole de l'argent à 2 malades et des bonbons à la surveillante. Elle offre les bonbons aux autres malades. Elle avait caché l'argent dans son corset. Fouillée elle n'a pas nié: « Je ne sais pas quelle idée m'a prise, pourtant je ne manque de rien ». Elle a écrit ensuite à sa mère pour avouer, disant qu'elle regrettait.

Elle a toujours toussé : auscultée à plusieurs reprises, constatations négatives.

Le 27 mars. — Elle tousse davantage. Température : 37°1. Percussion : différence de tonalité du côté gauche ; sous la clavicule quelques craquements ; également en arrière.

Foyer de ramollissement à gauche dans la fosse sous-épineuse, près de la colonne vertébrale. Craquements et râles disséminés des deux côtés.

Le 28 mars. — Température : 38°6. Reprise le 31 mars par sa mère qui nous a informés de sa mort quelques jours après.

Observation VII

Anorexie mentale grave par phobie de l'engraissement (obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle V. ., 14 ans 1/2, taille 1 m. 50. Mère nerveuse, phobique légère (peur du tonnerre); père insomnique, vérolanomane, ayant lui-même présenté des troubles nerveux intermittents (neuras-

thénie ou mélancolie ?) ; deux frères et une sœur bien portants.

La malade a eu dans l'enfance la rougeole et la scarlatine. Migraines fréquentes. Elle n'a jamais eu beaucoup d'appétit et même toute jeune elle vomissait assez facilement. Cependant elle s'alimentait très suffisamment et était même assez forte sans être obèse. Elle n'a jamais soif et a toujours très peu bu. Rien dans ses antécédents au point de vue mental.

Il y a deux ans son poids était de 38 kilogrammes. Actuellement il est de 26 kgr. 750 (sans vêtements). Il y a deux ans, en mai 1911, elle fait une ictère catarrhal qui guérit sans incident. deux mois après surviennent de grandes chaleurs et son appétit diminue un peu. Elle supprime les légumes de son alimentation. Cependant la santé est bonne jusqu'en octobre, date où elle entre en pension. Là des camarades lui disent que ses jambes sont trop grosses. D'autre part elle se rappelle que sa mère a suivi un régime d'amaigrissement et puis la nourriture de la pension ne lui convient pas : elle se rationne et bientôt perd l'appétit.

A Pâques suivant ses parents la trouvent amaigrie : son régime à ce moment consiste en : midi et soir : 1 œuf, riz et un peu de viande. Pas de pain. Elle se sent moins solide sur ses jambes mais a cependant conservé toute son activité. En août elle pèse 33 kilogrammes. On lui fait prendre de la phytine et de la pancréatine sans résultat.

Depuis six mois voici ce qu'elle prenait journellement : le matin : thé ; le midi : un œuf et poisson ; le soir : un œuf et légumes; pas de pain, très peu d'eau. A Pâques dernier elle se sent encore moins forte. Migraines fréquentes depuis le début. Le sommeil est resté bon. Elle prend du valérianate tous les soirs et de multiples médicaments sans aucune difficulté d'ailleurs. Elle assiste aux repas des siens et est restée active et gaie tant

qu'on ne lui parle pas d'aliments. Elle ne mange pas, dit-elle, parce qu'elle ne peut pas et qu'il lui est impossible de manger. Elle ne dit plus qu'elle se trouve trop grosse mais n'a aucunement conscience de ce que son amaigrissement peut avoir d'inesthétique. Cependant elle cherche à se faire maigrir par tous les moyens possibles : refus d'aliments, vêtements serrés, corset sanglé à outrance, corps fléchi et ventre rentré en tirant les jarretelles jusqu'à la dernière limite.

Elle entre à Auteuil le 30 mai. Elle est dans un état d'amaigrissement extrême, à un degré très avancé d'inanition, pâle et fatiguée. La peau est terreuse, sèche, rugueuse, sans souplesse. Elle présente un peu de subictère. Les joues sont creuses, les lèvres décolorées. Les côtes font saillie sous la peau, l'abdomen est rétracté, la crête iliaque et les ischions se dessinent nettement. Entre les saillies osseuses la peau est tendue et brunâtre, menaçant de se scarifier. Déformation thoracique importante : déviation du sternum avec un certain degré de scoliose. Les membres sont dans un état d'amaigrissement en rapport avec le reste du corps.

Le pouls est lent : 47 pulsations à la minute. Il est à peine perceptible et même à certains moments on ne le sent plus. La pression artérielle est de 11/7 à l'oscillomètre de Pachon, mais semble très variable. Pas de faux pas du cœur. La constipation est opiniâtre. La malade ne va à la garde-robe qu'à l'aide de lavements journaliers et de pilules de rhubarbe. L'oligurie est très prononcée : 300 à 400 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Les urines sont rouges, chargées. Il n'y a ni sucre, ni albumine. (Dans une analyse faite avant l'entrée on aurait trouvé une quantité d'urée qui, rapportée au litre, donne 36 grammes ?) L'analyse de l'urine des vingt-quatre heures faite le 5 juin a donné les résultats

suivants : Couleur : jaune ambré pâle. Volume : 460 centimètres cubes. Densité 1.024.

Éléments normaux

	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	39,50	18,08
Cendres	18,50	8,51
Matières organiques	21	9,57
Chlorures en NaCl	15,50	7,13
Phosphate en acide phosphorique	1,31	0,60
Soufre en acide sulfurique — oxydé	2	0,92
Soufre en acide sulfurique — sulfo-conjugué	0,16	0,07
Soufre en acide sulfurique — Total	3,36	1,54
Urée	15,72	7,23
Azote de l'urée	7,35	3,38
Azote total	8,60	3,95
Acide urique	0,44	0,21
Cœfficient azoturique	0,85	
Cœfficient de déminéralisation	0,46	
Rapport de l'urée aux chlorures	1	
Rapport de l'acide phosphorique à l'urée	0,08	
Rapport de l'acide urique à l'urée	0,027	

Éléments anormaux

Albumine	Néant
Sucre	Néant
Indican	Traces assez fortes
Pigments biliaires	Néant

Les faibles chiffres trouvés par vingt-quatre heures s'expliquent par la faible quantité d'urine. A noter une élimination chlorurée relativement forte pour l'alimentation et un cœfficient de déminéralisation 0,46 assez élevé.

Des vertiges accompagnés de lypothymies et de syncopes sont fréquents. Le jour de son entrée la malade perd connaissance à deux reprises différentes en une heure. A ce moment il n'y a plus de pouls. Le lendemain à 9 heures du matin, syncope qui nécessite l'emploi de l'huile camphrée et de l'éther en injections sous-cutanées. Lotions alcoolisées et frictions générales.

Les parents n'avaient rien remarqué d'anormal au point de vue mental les jours précédents, mais dès qu'on va commencer à l'alimenter et dès qu'elle aura repris un peu de poids, certaines particularités vont apparaître. Elle est isolée de ses parents avec une garde et le soir on essaye de lui faire prendre un potage léger, un œuf et un peu de légumes. Elle s'y refuse absolument, disant d'abord qu'elle ne peut pas manger ; on a bien essayé déjà sans réussir, etc... Puis ce qu'on lui apporte est énorme, c'est un repas important. Finalement, comme elle sent qu'on ne lui cédera pas, elle prend presque tout en sanglotant. Les repas continuent ainsi avec plus ou moins de difficulté. Le lendemain de son entrée, la malade, sentant la contrainte qu'on va exercer sur elle, invente de toutes pièces une histoire tendant à démontrer à ses parents qu'il faut qu'on la retire de suite de la maison de santé où elle est très mal soignée et a fait appeler plusieurs fois le médecin sans qu'il vienne (mensonge). Au bout de quatre ou cinq jours elle refuse absolument de s'alimenter et se met à pleurer abondamment en sanglotant. Elle est très angoissée, ne peut plus parler et nous sommes obligé de l'étendre un instant pour faire cesser cette crise d'angoisse. Elle

finit par nous avouer que c'est parce qu'elle a repris 1 kilogramme et qu'alors elle a un gros ventre et que c'est très laid, etc... Ni la raison, ni la persuasion ne peuvent réduire cette idée et elle consent à s'alimenter parce qu'on ne lui cède pas. La même crise de grande angoisse se reproduira plusieurs fois jusque vers le milieu d'août, ou bien certaines actes montreront que l'idée fixe non avouée n'a pas disparu. Ce sera par exemples des scènes de fureur au sujet d'un corset manifestement trop petit pour elle et qu'elle voudra mettre à toutes forces, ou bien elle se serrera en cachette. Elle cherche constamment sous n'importe quel prétexte (goût pour les aliments trop chauds, trop froids, mal assaisonnés) à ne pas manger tout ce qu'on lui donne, satisfaite d'avoir remporté un succès même pour une bouchée qu'elle laisse ; à introduire dans son menu des variations, des changements, des modifications de toutes sortes et de toute nature. N'hésite pas à mentir pour faire croire à ses parents ou à l'entourage qu'elle mange plus qu'elle ne fait en réalité. Dès que son état de santé a permis qu'on lui fasse reprendre un peu d'activité elle tend à en abuser. Quand elle a pu songer à reprendre son corset elle a voulu choisir (sur trois) celui qui serait le plus serré ; il a même fallu le coudre pour éviter tout ennui. Plus tard en faisant faire un corset neuf la grosse préoccupation fut de savoir si on pourrait le serrer à volonté et s'il ne serait pas « orthopédique », c'est-à-dire fixe dans la position et l'attitude.

Un peu plus tard (commencement d'août) si on lui en parle lui demandant si elle trouve vraiment qu'elle est trop forte, que son ventre est trop gros : elle se mettra à fondre en larmes. Enfin peu à peu (fin août) cette idée semble avoir complètement disparu. Elle en parle volontiers comme d'une chose ridicule de

sa part et ne comprend pas comment elle a pu avoir cette idée. Elle reconnaît alors qu'elle a été malade, se trouve heureuse d'être guérie et se promet de ne plus recommencer. A partir du milieu de juillet d'ailleurs l'alimentation est devenue facile. Elle compose son menu elle-même sous notre surveillance et prend de plus en plus plaisir à ses repas.

La progression de son poids (sans vêtement) a suivi la marche suivante : 30 mai (entrée) : 26 kgr. 680 ; 3 juin : 25 kgr. 420 ; 7 juin : 25 kgr. 452 ; 10 juin : 27 kgr. 040 ; 20 juin : 29 kgr. 300 ; 30 juin : 30 kgr. 800 ; 10 juillet : 32 kgr. 850 ; 20 juillet : 34 kgr. 150 ; 30 juillet : 36 kgr. 850 ; 8 août : 37 kgr. 800 ; 20 septembre (sortie) : 41 kilogrammes.

Alitement absolu jusqu'au 20 juin, sorties en voiture 2 fois par semaine jusqu'au 10 août. Sorties fréquentes ensuite : La médication a consisté en : au début : quatre jours de suite une injection sous-cutanée de 30 centimètres cubes de sérum glucosé qui nous a donné une diurèse abondante. Ensuite quelques lavements du même sérum (125 cc.). Des frictions alcoolisées sur tout le corps et de l'huile camphrée en piqures. Après le 20 juin alternativement tricalcine, phytine et pancréatine, puis un peu plus tard des douches tièdes sans pressions et des massages généraux journaliers. 30 grammes d'huile de ricin le 20 juillet ont eu raison d'un peu de difficulté de la digestion.

La température est restée normale tout le temps. A la sortie le pouls battait à 85 à la minute normalement. Diurèse normale en quantité (1.500 à 1.600 cc.) et aussi en qualité sauf indican assez abondant jusqu'au milieu d'août, disparaît ensuite.

Dans une lettre de la malade écrite un mois après sa sortie, elle dit qu'elle a repris une vie normale et qu'elle suit ses classes. Cependant elle avoue qu'elle est encore assez difficile, ca-

pricieuse et très nerveuse aux heures des repas. Elle ajoute : « J'ai beaucoup de peine une fois que l'heure du repas est passée. Je veux me corriger et je crois que j'y arriverai. Le poids va bien, je pèse 45 kilogrammes et j'espère augmenter encore. »

Dans ces deux observations le caractère phobique de l'idée dominante apparaît très nettement. Voyons maintenant, en les synthétisant, quels sont les caractères essentiels de cette forme d'anorexie.

Début. — L'idée phobique plus ou moins latente jusque-là va se localiser sur les besoins alimentaires, soit sans raison apparente, soit à l'occasion de plaisanterie ou d'un état gastrique léger. Le début en est souvent brutal. Voici comment les choses se passent habituellement. Une jeune fille bien portante jusque-là s'entend dire qu'elle deviendra grosse comme sa mère ou bien elle est témoin de plaisanteries au sujet d'une petite amie qui réellement est d'un embonpoint exagéré. D'autres fois c'est la coquetterie qui entre en jeu ; elle a peur d'être trop rouge, de devenir laide. Enfin on peut noter parfois l'influence des transformations corporelles de la puberté. La jeune fille voit qu'elle se transforme physiquement de jour en jour, que d'enfant elle devient femme. Est-elle poussée par un « desir de régression » comme le prétend Schnyder ou bien est-ce la « honte de son corps » comme le veut Janet, il est bien difficile de le savoir. Toujours est-il que l'idée qu'elle s'achemine vers un état physique qu'elle trouve mauvais s'impose à son esprit : ellle en a peur et va prendre pour lutter contre cette phobie un moyen tout

naturel : elle va réduire son alimentation. Remarquons qu'elle n'avoue pas à ce moment pourquoi elle mange moins. Il semble qu'au début elle ait presque conscience que ses craintes ne sont pas fondées. Mais la phobie est plus forte que ses raisonnements et triomphe bientôt dans la lutte. Et d'autant mieux que plus elle avance dans son anorexie plus la conscience de son état diminue.

Etat. — L'anorexie suit alors sa marche progressive.

Mais l'état mental de ces malades est intéressant à analyser car il diffère par beaucoup de points de l'état mental que l'on rencontre dans l'anorexie idiopathique. Certainement, comme ces dernières, ces malades sont satisfaites de leur état, mais elle n'ont pas ce contentement réel, cette quiétude. C'est une satisfaction plutôt négative. Elles cèdent à leur phobie en faisant de l'anorexie mais cela ne leur produit qu'une tranquilité relative. Le fônds de leur état est fait d'inquiétude, non pas de leur santé physique plus ou moins précaire, cela elles n'en ont cure, mais de leur alimentation qui leur paraît, quelle qu'elle soit, dangereuse par son exagération.

Cette inquiétude va jusqu'à l'angoisse non seulement à l'occasion des repas, comme nous le verrons plus loin, mais aussi en regardant leur corps émacié qu'elles trouvent encore énorme. Une malade qui avait été envoyée à l'Établissement d'Auteuil sur les indications de M. le Professeur Pierre Marie était très typique à ce point de vue. On était obligé de truquer la balance pour lui cacher son poids car elle était prise d'une angoisse

invincible dès qu'elle constatait une augmentation même minime. De même dès qu'elle se voyait dans une glace le même état anxieux apparaissait. Quoique d'une maigreur squelettique elle se trouvait énorme, bouffie, affreuse.

Le refus de l'alimentation est suivi, progressif et ne cède que difficilement à la contrainte. Chaque bouchée est pénible ; elles tournent et retournent dans leur assiette un minuscule morceau de viande, le mâchent longtemps, pour l'avaler ensuite avec toutes les apparences d'un effort considérable. Qu'on les oblige à prendre un repos, *elles feront facilement de la grande angoisse* avec accélération du pouls et de la respiration, impossibilité de parler, sanglots, rougeur de la face, tremblements, etc...

L'anorexie une fois ébauchée et surtout quand l'amaigrissement a fait quelques progrès, la semi-conscience du peu de valeur réelle de leur phobie a complètement disparu. Cette idée est acceptée comme vraie par la malade et se transforme de ce fait en idée délirante. Elles n'ont plus peur d'engraisser, de devenir rouges, de devenir laides : elles sont grosses, énormes, elles sont rouges, elles sont laides.

Les troubles de l'appréciation visuelle sont aussi évidents que dans les autres formes. L'indifférence à tout ce qui n'est pas question alimentaire est ici au maximum. L'attention est souvent difficile à fixer. Elles usent de stratagèmes comme les autres anorexiques.

Enfin, une fois réalimentés, quand les idées délirantes ont disparu elles avouent fréquemment qu'elles ne pou-

vaient résister à l'idée qui les guidait. Elles essayaient mais en vain, c'était plus fort qu'elles. Cette irrésistibilité montre bien le caractère phobique de l'idée dominante.

Outre les troubles d'inanition qui n'ont rien de particulier à cette forme, il est à noter, au point de vue physique, que d'une façon pour ainsi dire constante l'aménorrhée précède l'anorexie, ce qui est important.

La perte de l'appétit, autant qu'on peut l'apprécier, semble constante, Les troubles digestifs sont fréquents. Enfin l'insomnie n'est pas rare dans cette forme.

La terminaison spontanée est rare mais existe. Elle est brusque et les malades sont heureuses d'être débarrassées de leur idée parasite. Alors ou bien elles guérissent, ou du moins entrent dans une phase normale, ou bien elles ont plutôt tendance à faire de la phobie de l'amaigrissement ce qui entraîne de la suralimentation, non pas de la boulimie vraie car on ne peut pas dire qu'il y ait exagération de l'appétit.

Le plus souvent l'amélioration se fait lentement sous l'influence d'un traitement approprié. Les idées délirantes disparaissent à mesure que l'état physique devient meilleur, leur phobie s'atténue le plus souvent mais persiste, non avouée, très longtemps. Elle ne disparaît réellement, les malades semblant alors considérer cette idée comme absurde que très lentement et quand l'état général est devenu excellent.

L'anorexie des obsédés douteurs est une forme peut-être plus rare que la précédente, mais qui existe cependant. Ce qui domine dans l'état mental de ces

malades, c'est la perte de la notion de faim et de satiété, le doute interrogateur qui s'y rattache et la forme obsédante de ce trouble mental. Ces malades sont réellement des obsédées : l'angoisse, l'état inquiet ne survient pas seulement quand on les oblige à manger, ils est constant car ses malades pensent constamment à leur alimentation. Voici du reste une observation typique qui nous dispensera d'une longue description.

Observation VIII

Anorexie chez une obsédée douteuse
(obs. recueillie à l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil).

Les antécédents héréditaires sont nuls au dire des parents. Ceux-ci, âgés d'environ 60, 65 ans paraissent bien portants. Ce sont de petits bourgeois honorables, calmes, timides et pondérés. La malade est la quatrième enfant.

La malade, disent l'entourage et les parents, a eu l'intelligence précocement ouverte. Elle a en effet un certain degré d'intelligence mais elle manque absolument d'ordre et de méthode. Aucune suite dans les idées. Jusqu'à 18 ans, assez délicate sans être jamais sérieusement malade, elle semblait se développer intellectuellement comme les autres jeunes filles. On remarquait seulement une sentimentalité exagérée (elle nourrissait les oiseaux l'hiver) et une tendance très marquée aux scrupules religieux. Réglée à 16 ans, les règles sont peu abondantes, très irrégulières et très espacées (plusieurs mois),

Vers 18 ans la malade préparait son brevet chez elle. Elle demanda un jour à cesser de travailler « parce que cela la fati-

guait ». Les parents y consentirent très volontiers. Plus tard on apprit que la fatigue n'était qu'un prétexte et qu'elle avait demandé à ne plus préparer l'examen « parce que de la rue on Pouvait voir qu'elle travaillait ». Impossible de lui faire donner une autre explication : « Cela m'ennuyait qu'on me vit travailler ».

Quelque temps après, elle éprouva de très légers troubles gastriques, insignifiants d'ailleurs. Elle gonflait, dit-elle, après les repas, et *se mit à diminuer son alimentation.* « Je sentais que les aliments ne me convenaient pas, je mangeais trop ». A ce moment son poids était de 48 kilogrammes environ, habillée. L'amaigrissement très lent pendant quelques mois n'amena aucune diminution de l'activité. A 20 ans les règles cessèrent pour ne plus reparaître, ce qui n'inquiéta nullement la malade.

A ce moment (1903) les parents s'inquiétèrent, la malade fut soignée pour des troubles digestifs (dilatation). L'amaigrissement continua à faire des progrès assez rapides depuis ce temps. Elle perdit 20 kilogrammes en quinze mois. Toute sa nourriture se bornait à quelques cuillerées d'œuf. En mai 1905 le Dr G... est appelé et fait le diagnostic d'anorexie nerveuse. Il prescrit l'isolement, la famille ne cède qu'au bout de deux mois.

Le 29 juin 1905 la malade est amenée à Auteuil. Elle ne mange pas. Elle n'a dit-elle pas besoin de manger et se trouve mieux de ne pas manger. Depuis quelque temps elle se sent plus faible et maigrit ; mais c'est parce qu'on a voulu la faire manger. Elle a essayé et c'est pour cela qu'elle va plus mal. On lui représente son état de maigreur, la tuberculose qui la guette, pour essayer de la convaincre. En présence de sa mère c'est inutile, mais en son absence on y parvient assez facilement.

A l'examen : estomac atone, non dilaté, constipation opiniâ-

tre. Ni anesthésie, ni hypéresthésie de la région épigastrique, pas de zone hystérogène. Traitement : Lit, isolement avec une garde. Aucune visite, aucune lettre, 3 litres de lait. Poids 30 kgr. 050.

La malade prend assez facilement son lait. Elle est d'emblée avec les gardes exigeante et minutieuse. Elle prend un peu d'huile de ricin comme laxatif : 1 à 2 cuillerées à café. Elle a toujours peur d'en prendre quelques gouttes de plus ou de moins. De même pour son alimentation. Il est à peu près impossible de lui faire admettre qu'un retard de cinq minutes ou une cuillerée de lait en plus ou en moins ne peuvent rien compromettre. Cependant la malade est docile aux ordonnances médicales.

Le 10 juillet : Poids 31 kgr. 300. — Le 17 juillet : Poids 31 kgr. 400. La malade prend 4 litres de lait dont 2 litres en bouillies. La constipation cède facilement à l'huile de ricin (1 à 2 cuillerées à café tous les deux jours).

Le 25 juillet : Poids 33 kgr. 150. La malade commence à manger des purées et des entremets.

Le 8 août : Poids 35 kgr. 150. On ajoute des œufs et de la viande. La malade prend une bouillie de 3/4 de litres le matin. Autant avant le dîner, 1/2 litre à 4 heures. Le midi 1 œuf, viande, purée, entremets, fruit cuit. Le soir bouillie, viande ou poisson, légumes ou nouilles, entremets, fruit cuit.

Le 17 août : Poids : 36 kgr. 450. L'état de la malade est physiquement et moralement meilleur. Elle est sortie et marche assez bien. Malheureusement les parents sont venus la voir en notre absence et les exigeances de la malade ont recommencé : scènes avec la garde, etc... La malade veut rentrer chez elle mais y renonce sur un refus formel.

Le 22 août : Poids 37 kgr. 475. Le 29 août : 38 kgr. 700.

Selles journalières sans laxatif. Le 10 septembre, la malade qui doit rentrer chez elle a depuis dix jours sa mère auprès d'elle. Elle mange mais, à chaque repas, ce sont de nouvelles difficultés pour manger ceci ou cela. Elle ne se plie à aucune règle, est incapable de se servir elle-même, hésite indéfiniment pour une cuillerée de purée ou d'entremets, fait une scène pour qu'on lui redonne un morceau de viande, en mange à peine 2 bouchées. Physiquement elle est plus forte et paraît décidée à manger. Elle part à regret après mille difficultés et l'on sent très bien l'arrière pensée de revenir parce que sa mère n'est pas capable de la diriger. Le poids est de 39 kgr. 600.

La malade reste un mois chez elle; dirigée sans fermeté par sa mère, elle ne mange pas suffisamment et surtout elle s'inquiète, se tourmente. Son médecin la remet au lit puis la renvoie à Auteuil le 10 octobre. En réalité elle a peu maigri, mais elle est « scrupuleuse pour sa nourriture ». Elle est très facilement remise à la réalimentation et engraisse rapidement.

Mais l'état mental ne s'améliore pas avec le retour des forces. La malade devient indocile, elle implore qu'on la laisse se surveiller elle-même, puis demande qu'on la serve, car elle est incapable de savoir ce qu'il lui faut. C'est le désordre et l'incohérence complète. Vers le 15 novembre, retour des règles disparues depuis quatre ans. On la met au lit par prudence mais l'écoulement plus abondant qu'on n'aurait pu le supposer, dure quatre jours, mais ne s'accompagne d'aucun malaise physique. Les troubles mentaux vont s'accentuant. La malade malgré son engraissement, malgré son alimentation copieuse passe par une crise de polyphagie, sous forme de *phobie de l'inanition avec angoisse*. Elle prétend qu'on la laisse mourir de faim, s'échappe pour aller chercher du pain et en achète dans un restaurant.

Elle vole à la cuisine des pommes de terre. On la renvoie malgré ses prières. Elle menace de se suicider, menace souvent reparue dans ses conversations et dans ses lettres sans qu'elle semble d'ailleurs y attacher d'importance. Elle paraît déterminée à ne pas mettre cette menace à exécution mais, inconsciemment sans doute, elle cherche à utiliser l'effet que cette menace produit sur son entourage.

Le 10 janvier 1906. — Poids, 43 kilogrammes. L'état mental persiste aussi mauvais. Jusqu'au mois de mai 1906, la malade est restée chez ses parents mangeant sans règle, tantôt trop, tantôt trop peu, suivant un régime sans méthode et ne voulant pas de la nourriture de tout le monde. Au printemps, on l'envoie chez sa sœur, là on la met à l'alimentation commune en la poussant à manger, en la plaisantant quand elle se plaint, en la laissant seule quand elle fait une grande scène de larmes. La malade mange beaucoup, elle commence à faire de l'exercice : marche, bicyclette, mais elle souffre des articulations, de chacune successivement. Elle engraisse et à mesure qu'elle engraisse elle cesse de souffrir. Elle n'est plus gênée et elle revient peu à peu à la *normale comme alimentation*. Elle mangeait cependant plus que les personnes qui l'entourent « de peur de ne pas manger assez ». Elle rentre chez elle, s'occupe de la maison. Elle vient passer quatre mois à Paris pour suivre les cours de la Croix-Rouge. Mais « elle n'aime pas à faire un pansement quand on la regarde, cela la paralyse ». Elle est encore hésitante et méticuleuse mais elle s'en rend compte et cherche à dominer cette tendance.

Interrogée, elle dit garder de sa maladie le souvenir d'avoir beaucoup souffert, non pas d'une douleur vraie, mais d'une gêne et d'un serrement qui l'empêchaient de manger; le serrement a

disparu, elle sait maintenant ce qu'il faut manger. Elle sent qu'elle a été très malade et que sur ce point elle ne pensait pas raisonnablement. Mais elle n'analyse pas ces sensations, elle aime mieux n'y jamais penser. Toutefois elle dit spontanément que ses idées de suicide n'ont jamais été sérieuses et que jamais elle ne l'aurait fait. Elle parle doucement, posément, mais d'une voix plus ferme et plus décidée.

La malade passe *trois années* à peu près *normales*. Elle désire un moment se faire religieuse, mais n'est pas acceptée par la supérieure à cause de son esprit méticuleux.

En 1910, pourpalers de mariage qui la troublent beaucoup. A ce moment elle recommence à se préoccuper de sa nourriture craignant de retomber malade. Elle se demande si elle peut en conscience se marier dans cet état de santé. Ces deux préoccupations s'aggravent réciproquement, Voulant trop bien faire, elle se remet à calculer la valeur alimentaire de ce qu'elle mange, se demandant si les aliments sont plus ou moins digestibles. « Il semble, dit-elle, que mon esprit inquiet ne doive jamais être satisfait. » Elle compare les différentes espèces de pain : le pain de ménage au pain fantaisie, demandant combien il faut manger de grammes de pain fantaisie pour avoir la même valeur alimentaire qu'avec le pain de ménage. Puis elle se demande lequel elle digèrera le mieux. Elle s'inquiète lorsqu'elle a des pesanteurs après les repas, car cela indique qu'elle a beaucoup trop mangé, et aussi quand elle n'en a pas car il faut alors qu'elle complète une alimentation insuffisante demandant sans cesse des conseils, changeant de maison de santé parce qu'elle découvre partout quelque erreur de direction, revenant à un régime abandonné et le quittant aussitôt. Elle ne pense qu'à ce qu'elle a mangé et à la façon dont elle le digère. C'est pour elle une vé-

ritable *obsession* qui par moments l'angoisse. Peu à peu *elle maigrit*, descend jusqu'à 48 kilogrammes, soit une baisse de 15 kilogrammes en dix-huit mois. Cependant elle a la phobie de l'amaigrissement bien qu'elle réduise très notablement son alimentation, à cause des malaises gastriques qu'elle éprouve et aussi parce qu'elle ne sait jamais si elle mange trop ou trop peu et si elle digèrera ce qu'elle a mangé.

Vers juin 1912, le poids recommence à augmenter lentement. En juillet 1913 elle a repris 8 kilogrammes et est certainement moins anxieuse. Mais malgré les pesées elle déclare qu'elle maigrit toujours, qu'elle le voit bien à ses bras. A l'heure actuelle l'augmentation de poids continue et la malade est très améliorée au point de vue mental. Les règles ont continué d'être régulières. Cette rechute est donc caractérisée par les éléments suivants : doute et anxiété au sujet de la quantité d'aliments qu'il faut prendre et de leur qualité, d'où alimentation insuffisante. Amaigrissement et tendances anorexiques. Mais en même temps phobie de l'amaigrissement dont elle a constaté antérieurement les mauvais effets.

Nous joignons à l'observation quelques réflexions de la malade au cours d'une conversation sténographiée le 16 novembre 1905 :

Je sentais que la tranche de veau ce n'était pas ça. Ça ne me soutenait pas. J'avais pris trop de choses sans me soutenir. Ça m'encombrait et ça ne m'a pas soutenu. J'avais faim, mais ce n'est pas l'estomac qui a besoin d'être garni, j'avais besoin d'être soutenue. De la bouillie, du beurre, ce n'est pas ce qu'il me fallait, le matin je sentais une faiblesse : le besoin. J'aurais mangé un beefsteack, pas le veau, bien sûr.

Les morceaux étaient trop gros parce qu'on ne peut pas man-

ger tant que cela, mais j'avais besoin d'être soutenue. L'œuf même ça ne me soutenait pas. J'ai laissé le poulet parce que je sentais que cela m'encombrait l'estomac et j'avais besoin. Quand j'ai cette faim, je finis par prendre ce que j'ai et je ne satisfais pas le besoin. Ça m'encombre l'estomac.

Les alternatives d'insuffisance et d'excès d'alimentation sont très nets mais aussi la ténacité peut-être plus grande de l'anorexie. Enfin dans cette forme la récidive est presque constante et cet état alternant peut se prolonger des années.

D. —L'anorexie à forme hébéphrénique. — Nous n'entendons pas par ce terme affirmer qu'elle est le début d'une démence précoce ou du moins dans tous les cas. Nous voulons dire qu'il *y a des anologies entre les symptômes et que le diagnostic est souvent difficile à la phase de début.* Les malades guérissent en général de leur anorexie et redeviennent plus ou moins normales du moins pour un certain temps. On pourrait l'appeler *anorexie à forme hébéphrénique fruste.*

Nous en publierons deux cas:

Observation IX

Anorexie mentale à forme hébéphrénique.
(obs. recueillie à l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle C..., était jusqu'à l'âge de 18 ans considérée comme très normale. Peu intelligente, elle avait cependant une haute opinion d'elle-même : elle discutait littérature et arts et passait

son temps à lire des romans et des feuilletons. Elle était d'une tendresse emphatique et expansive vis-à-vis de ses parents et ceux-ci, loin de restreindre ces tendances, les approuvaient, la considérant comme une idôle. Eux-mêmes sont d'ailleurs d'une intelligence très limitée : émotifs et prétentieux. La malade a toujours eu un excellent appétit, a été réglée de bonne heure sans incident, régulièrement depuis.

Vers l'âge de 19 ans, à la suite d'une petite déception amoureuse, elle devient nerveuse, maussade, triste, trouve tout ennuyeux. Après un séjour à la campagne, elle redevient à peu près normale sauf un peu de nervosité entretenue d'ailleurs par le milieu où elle vit. Deux ans après ce premier épisode, son caractère redevient bizarre, changeant. Elle porte des toilettes excentriques. Elle accepte de se marier puis refuse quelques jours après sans raison. A ce moment ses parents s'aperçoivent qu'elle a un peu moins d'appétit, elle se sent fatiguée. Un médecin appelé diagnostique chlorose légère et trouve un peu de ptose gastrique, ce que confirme l'examen radiologique. On donne du fer, on prescrit des promenades ; elle se remet, cela a duré un mois.

Un mois après l'alimentation redevient difficile : elle refuse de manger parce qu'elle engraisse, dit-elle. Elle mange ses ongles, fait de la rétention volontaire, refuse de prendre aucun soin de propreté. Etant à la campagne elle ne veut pas retourner dans sa chambre à Paris avant qu'on ne l'ait complètement transformée. Elle veut qu'on en change les meubles, les tentures et le papier parce qu'on l'y a hypnotisée, dit-elle. Elle fait quelques crises de nerf qu'augmente encore la sollicitude de sa mère. On lui prescrit des douches, mais l'état s'aggravant de plus en plus, la mère consent à l'isolement et elle entre à Auteuil le 7 octobre

19.., deux ans et demi après le premier épisode que nous avons relaté.

Nous nous trouvons en présence d'une malade âgée de 22 ans qui est dans un état de dénutrition assez marqué. Elle est amaigrie, pèse 40 kilogrammes et présente des signes d'inanition commençante : dyspnée d'effort, ongles secs et cassants, langue saburrale, constipation, pouls ralenti à 45 pulsations par minute. Les règles sont devenues irrégulières et peu abondantes.

Elle refuse de s'alimenter et veut aussi se priver de sommeil, par crainte de l'engraissement. Elle passe des nuits accroupie dans son lit. Elle retient ses urines et ses matières, souille son lit assez souvent et refuse d'ailleurs de prendre aucun soin de propreté. Elle refuse de se laver, de changer de linge. Elle ne veut d'ailleurs pas donner d'explication à ce sujet et se renferme avec le médecin dans un mutisme absolu. Mais elle cause volontiers de tout autre chose : musique, théâtre, voyages, etc...

On l'isole de sa famille. Mais bien qu'on lui ait dit qu'on ne lui cèderai pas et que l'isolement serait continué aussi longtemps qu'il serait nécessaire, c'est une lutte pour chaque bouchée, pour chaque verre d'eau. Elle mange lentement, mastique longtemps, retourne les aliments dans son assiette, joue avec sa fourchette. On la menace de la sonde; un jour même nous commençons à l'introduire. Alors elle cède et avale son repas rapidement et sans manifester de répugnance. Mais le lendemain la même scène recommence.

Cependant nous arrivons à l'alimenter suffisamment pour qu'elle reprenne 10 kilogrammes en deux mois et demi. Mais l'état mental reste le même et la résistance à l'alimentation aussi.

A ce moment nous l'envoyons dans le midi avec sa garde

sans ses parents. Pendant le voyage elle prend un excellent repas sans difficulté. Là-bas elle mange un peu mieux en arrivant. Elle y reste deux mois et, toujours isolée de ses parents, l'alimentation redevient peu à peu normale. Elle redevient propre et l'état mental s'améliore parallèlement. Elle est alors rendue à sa famille.

Un an après sa sortie, d'après les renseignements que nous avons eus, elle s'alimenterait normalement mais son état mental n'est pas redevenu ce qu'il était avant son anorexie. Elle a des bizarreries de caractère, des entêtements non raisonnés et son attention est difficile à fixer.

Observation X

Anorexie mentale à forme hébéphrénique
(obs. recueillie à l'établissement hydrothérapique d'Auteuil).

Mlle N..., 15 ans, a été élevée par sa belle-mère (la seconde femme de son père) qu'elle aime comme une mère et qui est très douce. Il n'y a pas eu d'autre enfant. Vers 12 ans, elle a été mise en pension chez des religieuses. Elle était docile, douce et travaillait facilement. A part une tendance légère à la constipation, il n'y avait aucun trouble digestif. Réglée à 13 ans, régulièrement.

Le père est un névropathe impulsif nettement éthylique depuis longtemps. Mère morte jeune. On n'a pas de renseignements sur elle.

Jusqu'en juillet 19... la malade était en bonne santé. Elle pesait 48 kilogrammes et était plutôt grasse. Son père la plaisantait même quelquefois sur son embonpoint. En juillet, elle quitte la pension. A ce moment elle commence à manger un

peu moins tout en conservant un appétit suffisant. A la fin du mois d'août la jeune fille fit une chute de voiture, le cheval s'étant emballé. L'accident eut pu être mortel, mais personne ne fut blessé. La jeune fille en resta très effrayée et pendant un mois toutes les nuits elle eut des cauchemars où elle revoyait cet accident. Elle poussait des cris dans son sommeil. Les règles qui devaient venir à l'époque de l'accident ne vinrent pas et n'ont jamais reparues depuis.

Depuis cette époque, la jeune fille qui auparavant avait le caractère un peu triste et renfermé mais qui était affectueuse et douce devint plus triste et perdit l'appétit. Elle mangeait de moins en moins, maigrissait assez rapidement mais cependant jusqu'en janvier l'appétit n'était qu'irrégulier. Elle mangeait suffisamment à certains jours, très peu à d'autres. A partir de janvier l'appétit disparut, il fallait la forcer à manger. Son père se fâchait et n'obtenait aucun résultat. Sa belle-mère, la prenant par la douceur, obtenait parfois une alimentation insuffisante. Le père constatant l'amaigrissement la fait ausculter à plusieurs reprises; on ne trouve rien. Un médecin l'examine et la voyant constipée, conclut à une anorexie par entérite. Le Dr Séglas consulté, diagnostique à distance une anorexie mentale et conseille l'isolement dans une maison de santé. On met deux mois à se rendre à son avis.

On fait venir à la campagne une garde-malade qui y passe huit jours. Pendant les quatre premiers jours la malade consent à manger et engraisse de 1 kilogramme. La malade l'ayant su refuse de manger sans en donner le motif. Quatre jours plus tard elle entre à Auteuil avec sa garde sur le désir de sa famille.

A son entrée à Auteuil la malade, très amaigrie, pèse 35 kilogrammes. Le matin de son départ elle a essayé de prendre le

contenu d'une bouteille d'acide sulfurique. On la lui a arrachée mais elle s'est faite une petite brûlure à la lèvre. Elle a fait cela, a-t-elle dit à sa belle-mère, parce qu'on veut la mettre dans une maison pour se débarrasser d'elle. La veille de son départ, son père, furieux de voir qu'elle ne mangeait pas, l'a battue et elle porte des ecchymoses multiples. On met aussitôt la malade au lit. Avec sa garde elle parle, elle demande à se lever, à s'occuper dans sa chambre. Devant le médecin il est impossible de lui arracher une parole. Peu à peu pourtant elle répond qu'elle ne mange pas, qu'elle veut mourir, que cela débarrassera tout le monde. On lui explique qu'elle a maigri, qu'elle doit s'alimenter et on lui dit que si elle ne mange pas on la sondera. Les premiers jours en la menaçant de la sonde on obtient qu'elle s'alimente On est un jour obligé de lui introduire la sonde dans le nez. Elle demande grâce et mange tout son repas sans aucune répugnance, manifestant des préférences pour tel ou tel aliment, mangeant normalement, un peu vite mais refusant toujours la dernière bouchée de chaque plat et ne la prenant que sous la menace de la sonde. Au bout de quelques jours elle parle un peu plus et parle même très volontiers de tout ce qui ne concerne pas son alimentation. Elle a un grand désir de se lever. A la fin de la première semaine la malade mange, seule et sans se faire prier, trois repas. Elle est plus gaie, mais le lendemain elle a repris une mine sombre et refuse absolument de s'alimenter, cela sans aucun motif. Elle ne veut pas manger et quand on la presse elle répond : « J'aime mieux mourir ».

On est obligé de la sonder, elle cède alors et prend le repas suivant. Puis nouveau refus et pendant quatre jours on la sonde 2 fois par jour lui donnant chaque fois de la poudre de viande 60 grammes, 4 œufs et 1 litre de lait. Au bout de ce temps on

a un engraissement de 1 kilogramme. Ce que voyant, la malade se remet à manger pendant 1 ou 2 repas, déclarant qu'elle deviendra énorme si on la sonde. Mais le lendemain il faut la sonder à nouveau. La malade continue ses refus intermittents. Tantôt elle refuse obstinément de manger. Il faut lui passer la camisole, lui lier bras et jambes pour pouvoir la sonder. C'est ainsi la plupart du temps. Tantôt sans aucune raison elle prend un repas et le mange rapidement et sans déplaisir. Il y a donc chez elle des irrégularités et des sautes brusques d'idée. Tantôt elle paraît se résoudre à manger pour rentrer chez elle, pour voir ses parents, pour sortir dans le jardin. Tantôt elle refuse obstinément de manger, disant qu'elle est trop grosse, qu'elle est un véritable phénomène, plus grosse que sa garde qui pèse 75 kilogrammes. Elle mange plus que personne, elle est un véritable gargantua. Elle mange plus que tout l'établissement réuni. En même temps elle déclare qu'elle ne mange pas parce qu'elle veut mourir, parce qu'elle est indigne de vivre. Quand on lui demande d'expliquer pourquoi, elle répond qu'on n'a pas le droit de manger si on ne travaille pas, ou bien que c'est une honte de manger comme elle. En même temps elle s'inquiète de son poids, mange même parfois un repas pour être pesée et trouve toujours qu'il est impossible qu'elle pèse si peu étant aussi grosse qu'elle l'est. En réalité elle engraisse un peu mais n'a jamais dépassé 38 kilogrammes.

Sa conduite quand on la gave est illogique. Il faut l'attacher avec la camisole de force. Elle se débat et résiste, mais si la garde qui a peu d'ordre a égaré la camisole, la malade indique tout de suite où elle est et se débat immédiatement après quand on veut la lui mettre. Quand on la sonde, elle supplie, crie grâce, essaie de rejeter la sonde. Mais quand le sondage est fini

elle dit merci au médecin, au revoir et cause au besoin avec lui.

Huit ou dix jours après son entrée, on a remarqué que la malade se faisait des écorchures à la poitrine et au ventre, écorchures superficielles du reste mais qu'elle entretenait. Parfois elle faisait le simulacre de s'étrangler avec un mouchoir, ou bien elle cachait des allumettes ou un couteau dans son lit. Mais jamais elle n'a même tenté de se jeter par la fenêtre et elle habitait au deuxième étage. Un jour elle avait réussi à allumer une allumette et à enflammer quelques cheveux, la garde étant là. La malade voulait-elle brûler ses cheveux ?

Un changement de garde a été essayé. On a observé les mêmes oscillations.

Lorsqu'on parle à la malade l'intelligence paraît intacte, peu développée, mais en somme suffisante dès qu'on parle d'une chose indifférente, d'un voyage, de sa vie chez elle, etc. Son affection pour ses parents est conservée. Elle est gentille et prévenante pour sa garde, aimable pour le médecin. Mais dès qu'on parle d'alimentation, la malade ne raisonne plus correctement. Elle est trop grosse, elle mange trop, c'est une honte de manger ainsi. Ce délire s'accentue nettement.

La progression est très marquée dans les lettres qu'elle écrit à ses parents bien qu'elle sache qu'on ne les leur envoie pas. Elle écrit une première lettre raisonnable, une deuxième lettre est déjà plus significative. Elle mange trop et devient trop grosse. Plus tard elle ne signe plus que « votre gargantua ». Elle mange plus que tout le monde, elle prend plusieurs litres de lait dans ses gavages. « Manger ainsi, ô honte, écrit-elle. Pitié, pitié, pitié, pour votre enfant. Oh ! pitié, pitié. » Tantôt elle a une indignation emphatique : « Honte et désespoir ! toujours gavée. » Tantôt elle se plaisante elle-même : « Je suis un

phénomène, on gagnerait de l'argent à me montrer. Manger sept plats et après encore un gavage, personne n'a jamais fait cela. On paierait pour me voir. »

La nuit le sommeil est bon, généralement très calme. Le jour la malade est gaie, douce, complaisante. Elle cause très volontiers. Au moment du repas la scène change, il faut la forcer à manger. Mais immédiatement après un gavage la malade est toute disposée à causer et à plaisanter.

Etant donnés les symptômes mentaux graves et la nécessité de sondages journaliers, nous faisons passer la malade, après deux mois de séjour, dans une autre maison de santé où l'on continue le même traitement : isolement et alimentation forcée par sondage.

Au bout de trois mois, elle se remet peu à peu à manger et sort guérie de son anorexie. Depuis cette époque (3 ans) elle est, d'après les parents, normale, sauf quelques bizarreries de caractère.

Cette forme se caractérise par la gravité des symptômes mentaux qui accompagnent l'anorexie. Les jeunes filles qu'elle atteint sont plus ou moins gravement tarées dans leurs antécédents héréditaires. Débilité mentale, émotivité, impulsivité, éthylisme, sont choses fréquentes chez les ascendants. Elles-mêmes sont rarement indemnes et ici encore la débilité mentale se retrouve au premier rang.

Il est rare qu'elles entrent directement dans l'anorexie et le plus souvent celle-ci se greffe sur un état mental et physique défectueux depuis quelque temps : état qui constitue si l'on veut les prodromes de l'affection.

Prodromes. — Aux environs de la puberté, le plus souvent sans raison apparente, parfois à la suite d'une émotion ou d'une contrariété, les parents remarquent un certain changement dans l'attitude de leur enfant. Les troubles du caractère attirent les premiers l'attention. La jeune fille, considérée comme normale jusque-là, devient apathique, nonchalante, irritable, indifférente à ce qui l'intéressait autrefois, ou, inversement, ce qui est plus rare, elle fait preuve d'une expansion et d'une activité exagérée. En même temps elle est moins attentive, apprend moins facilement, l'effort mental devient difficile. Quelques troubles physiques viennent compléter ce tableau du début. Le principal est l'aménorrhée et cette cessation des règles qui reste indifférente à la malade, effraie beaucoup l'entourage. On peut noter aussi quelques migraines et de la constipation.

Cet état défectueux va continuer avec des hauts et des bas pendant un temps variable, quelques semaines à quelques mois sans qu'il y ait de trouble bien marqué de l'alimentation.

Début. — Mais bientôt la diminution alimentaire va apparaître, le plus souvent sans raison, aucune idée déterminante ne pouvant être relevée. Parfois elle semble consécutive à une idée fixe non raisonnée qui apparaît quelquefois à l'occasion d'une plaisanterie mais qui le plus souvent se greffe sur les symptômes précédents sans raison apparente. Ou bien c'est une idée à forme hypocondriaque. La jeune fille se croit trop grosse, croit que son estomac ne peut supporter les aliments : parfois une idée à forme dépressive : indignité, désir de

mourir. Même dans ce cas *jamais l'idée dominante n'a l'importance que nous l'avons vue prendre dans l'anorexie par phobie.* Elle n'a parfois aucune valeur originelle et semble plutôt évoluer parallèlement à l'anorexie sans que l'on puisse affirmer son influence sur elle. Toutefois la seule chose constatable est la diminution alimentaire qui va en s'accentuant ; au bout de quelque temps elle perd l'appétit ; l'anorexie est constituée.

Etat. — Un médecin est-il appelé à voir ces malades une fois l'anorexie constituée, voici comment elles se présentent. La malade est dans son lit figée dans telle ou telle position qu'elle conservera des heures. Il l'interroge au sujet de son alimentation : elle ne répond pas et rien ne la fera sortir de son silence. Veut-il la faire manger, il n'obtiendra pas beaucoup plus sinon des phrases telles que : « Laissez-moi tranquille, cela m'est égal etc. Laissez-moi mourir. » Si on insiste et si on va jusqu'à l'alimentation forcée, elle luttera désespérément, opposant une résistance systématique. *Elle ne discute pas, ne raisonne nullement son refus.* Et celui-ci ressemble par bien des points au négativisme de certains aliénés. Par périodes ordinairement courtes ce refus systématique cède brusquement et elle s'alimente, insuffisamment d'ailleurs, mais sans grandes difficultés. Quelques jours après, brusquement et sans raison, le refus avec résistance reprend de plus belle.

Entre les repas l'attitude de la malade est toute différente. Elle cause volontiers, se distrait. Mais cependant son allure générale est entachée d'une certaine indifférence. Elle s'émeut difficilement, est moins affec-

tueuse pour les siens ou bien son affection s'exprime en des termes empathiques et exagérés tandis qu'elle restera très longtemps sans s'enquérir de la santé de ses parents. Cette indifférence se retrouve au moment des repas. Elle n'a aucunement honte des scènes qu'elle fait et à peine le repas terminé son allure change brusquement. Elle cause volontiers avec le médecin qui vient de la gaver, met en ordre les divers objets qui sont dans sa chambre jusqu'aux instruments de tubage et à la camisole qui a pu être nécessaire.

Souvent *l'opposition* ne se limite pas aux repas et s'étend aux divers actes de l'existence. Elles refusent de se laver, de changer de linge, restent sales. Elles font de la rétention volontaire d'urines et des matières. On peut noter parfois de l'auto-mutilation : égratignures, écorchures qu'elles entretiennent sans que l'on puisse déceler une véritable idée de suicide. Elles expriment parfois le désir de mourir sans que cela paraisse sincère. Enfin de véritables *idées délirantes* peuvent apparaître : idées délirantes principalement en rapport avec leur état corporel. Elles se trouvent grosses, laides, énormes, rouges et elles l'expriment fréquemment. D'autres fois elles rapportent leur état à une influence occulte.

Les *signes physiques* n'ont rien de particulier. L'aménorrhée est habituelle. Il semble que l'appétit soit conservé dans quelques cas. Ces malades en pleine anorexie, mangeant parfois avec une rapidité surprenante et sans manifester de dégout un repas complet quand elles savent qu'on ne leur cèdera pas.

Evolution. — C'est une *forme rebelle au traitement.* On réalimente ces malades mais leur état mental est long à se modifier. Parfois au bout d'un temps variable, quelques semaines à des années, ces malades se remettent à manger sans raison apparente. Les gros symptômes mentaux : négativisme, indifférence, résistivité, idées délirantes, s'atténuent plus ou moins. Il est rare qu'elles redeviennent absolument ce qu'elles étaient auparavant. Cependant la vie dans la famille redevient le plus souvent possible et l'on peut parler de guérison au moins en apparence.

*
* *

En résumé, après avoir examiné les différentes variétés d'anorexie, on peut constater qu'aucun signe physique n'a en lui même une valeur décisive et que *ce qui différencie les anorexiques c'est l'état mental du sujet qui est atteint.* Il n'y a *aucun parallélisme entre les troubles mentaux et la gravité de l'anorexie au point de vue physique.* Ni l'amaigrissement, ni l'aménorrhée n'ont une valeur absolue. Sans revenir sur les autres symptômes mentaux, il existe nous semble-t-il un caractère différentiel important. C'est le *mode de réaction de l'anorexique vis-à-vis du médecin qui l'oblige à s'alimenter.* Toutes les anorexiques résistent et résistent plus ou moins, mais de façon différente.

L'hystérique exprime nettement son refus alimentaire avec fracas et mise en scène. Elle prend à témoin le ciel et la terre des tortures qu'on lui fait subir.

L'anorexique idiopathique *résiste légèrement* en pleurnichant et en essayant de se justifier. « Je n'ai pas faim, c'est trop difficile, je n'ai pas envie de telle chose. »

L'anorexique phobique *fait de la grande angoisse* si on l'oblige à s'alimenter. Angoisse qui par ses symptômes la domine et ne peut être volontaire : accélération du pouls et de la respiration, sanglots, rougeur de la face, impossibilité de parler, tremblements.

L'anorexique à forme hébéphrénique *résiste systématiquement*, lutte désespérément, ne discute pas, ne raisonne pas son refus : c'est du *négativisme* localisé aux besoins alimentaires.

Age, Sexe. — L'anorexie mentale a été observée dans le jeune âge (chez un enfant de 20 mois par Comby). On peut se demander, avec Noguès, quel est l'état psychique qui a pu être observé à cet âge-là. Quoi qu'il en soit, nous n'insisterons pas sur ce point n'en ayant pas observé personnellement. Elle a été également observée chez des femmes de 32 à 38 ans (Lasègue). Et voici une observation, que nous devons à l'amabilité de M. le Dr Caussade, se rapportant à une femme de 49 ans.

Observation XI

Anorexie mentale aux environs de la ménopause. Mort. (*obs. inédite due à l'obligeance de M. le Dr Caussade*).

Mme D..., âgée de 49 ans, entre le 8 novembre 1913 dans le service du Dr Caussade à l'Hôtel-Dieu. Voici les renseignements que l'on a recueillis sur elle : Vers l'âge de 20 ans elle aurait

fait une première crise d'anorexie mentale avec inanition grave. En la forçant à se nourrir on serait parvenu à la rendre à la vie normale. Depuis lors elle aurait présenté plusieurs crises semblables mais moins graves, l'amaigrissement ayant été beaucoup moins marqué. La dernière remonterait à cinq ou six ans. Ajoutons que le milieu familial est assez nettement névropathique : le mari ne peut entrer dans un hôpital à cause de l'émotion qu'il ressent, il ne peut même pas venir voir sa femme ; la sœur et la fille de la malade sont de grandes émotives.

Vers le milieu de septembre la malade entre dans le service du professeur Pozzi à l'hôpital Broca pour des douleurs abdominales. L'examen montra que ces douleurs étaient dues à de a périmétrite plus marquée à gauche. Actuellement ses manifestations pelviennes ont diminué, elle ne souffre plus. Il existe une rétraction considérable du ligament large gauche sans lésions salpingiennes accusées et des pertes jaunes non fétides.

Dès son entrée à l'hôpital Broca, la malade refusa de s'alimenter, ce qui l'a conduit à un état d'inanition assez marqué qui a déterminé son envoi à l'Hôtel-Dieu.

Elle se présente en effet dans un état d'émaciation extrême : les membres sont squelettiques ; le quadriceps fémoral et le triceps brachial en particulier sont presque totalement atrophiés. La peau de l'abdomen est sèche, ridée, écailleuse et a perdu son élasticité. Il existe un état d'anémie facile à constater par la décoloration des conjonctives, par la pâleur générale de la peau, par la rapidité extrême du pouls. Léger état subfébrile. La bouche dégage une odeur nauséabonde que l'on remarque dès que l'on s'approche. L'asthénie est extrême, la malade reste immobible dans son lit, tout effort étant impossible. La voix est faible, cassée, lointaine, la parole semble désintéressée. Aussi

les raisons qu'elle donne pour expliquer son refus d'alimentation sont-elles des plus vagues : « Elle ne mange pas, dit-elle, parce qu'elle craint de vomir ». En réalité il n'y a jamais eu de vomissements ni de douleurs bien caractérisées. Elle raconte qu'il faut lui faire presque violence pour lui faire accepter la moindre tasse de lait. Depuis une quinzaine de jours elle ne prend presque plus aucune alimentation, et c'est dans cet espace de temps seulement qu'elle a atteint le degré d'amaigrissement actuel. « Ce n'est pas, dit-elle, que les aliments me dégoûtent, il y a des moments où je m'imagine que je mangerais volontiers telle ou telle chose. » La viande et les graisses ne lui répugnent pas plus que le reste. « Je me laisse aller, dit-elle, quand j'ai des ennuis, quand je suis fatiguée, je me laisse dépérir et je ne mange plus ». Elle ne peut d'ailleurs définir de quels ennuis il s'agit « pas plus d'ennuis que tout le monde, avoue-t-elle ». Elle a un mari, une sœur, une fille qui ne lui donnent aucun sujet de mécontentement elle travaille comme couturière et n'a nullement à se plaindre, ni de sa patronne, ni des ouvrières qui travaillent avec elle.

L'immobilité de son masque facial, la fixité de son regard, l'air d'indifférence de ses paroles ont conduit à rechercher l'existence possible d'hallucinations. On n'a pu en déceler. « Elle a de la peine à dormir, dit elle, parce qu'on fait du *grabuge* dans la rue. » Ces bruits de la rue semblent l'inquiéter car elle en parle presque chaque fois qu'on l'aborde le matin, mais il n'y a rien de caractéristique.

Huit jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'asthénie ne faisant que croître malgré une alimentation forcée composée de 1 litre 1/2 de lait additionné de poudre de viande. D'autre part la tachycardie extrême, 100 à 125 à la minute, avec un rythme fœtal très net, l'état subfébrile aux environs de 37°8 qui a atteint 38°8 avec

fortes oscillations ces deux derniers jours, amènent à faire un examen organique approfondi.

Cet examen donne un résultat négatif : les poumons en particulier sont sains des 2 côtés dans toute leur étendue mais présentent un peu de matité à la base droite sans modifications du murmure vésiculaire à ce niveau. La respiration superficielle et de type supérieur s'entend d'ailleurs aussi bien au sommet et ne présente aucun trouble caractéristique. Cependant la malade tousse un peu, elle crache aussi un peu. Il y a par moments une respiration un peu peu soufflante à droite : c'est une nuance.

Il existe un peu de céphalée, mais l'examen objectif du système nerveux reste négatif.

Les troubles d'organicité se réduisant à bien peu de chose, il s'agit très vraisemblablement d'anorexie mentale chez une prédisposée héréditaire sans doute. Il est possible d'ailleurs que l'état actuel ait été déclanché par la métrite purulente avec périmétrite dont l'influence sur l'état psychique aux environs de ménopause est classique. Et d'autre part il peut se faire que l'état d'inanition ait permis l'apparition d'une infection générale encore impossible à déceler.

Le 11 novembre, tentative d'examen radioscopique. Une fois sur l'écran la malade ne consent à boire que quelques gorgées de lait bismuthé. Le reste de la tasse doit lui être introduit de force dans la bouche. Subitement elle s'affaisse, suffoque et meurt en quelques instants malgré tous les essais de respiration artificielle et de traction rythmée de la langue.

Autopsie. — Pratiquée le 12, elle montre une absence de toute lésion organique importante sauf un épanchement séro-purulent de la base droite avec sclérose pleurale généralisée et forte rétraction pulmonaire. Il n'y a pas de néoplasme du tube digestif.

La mort est due à la pénétration de la bouillie bismuthée dans les bronches dont la plus grande partie est totalement obstruée.

Il est à noter qu'il s'agit ici d'une rechute et nous croyons en effet qu'il est exceptionnel que l'anorexie apparaisse pour la première fois après 30 à 35 ans. Peut-être la ménopause a-t-elle été pour quelque chose dans l'apparition de cette anorexie.

Mais dans la grande majorité des cas l'anorexie mentale s'observe dans le sexe féminin, entre 12 et 20 ans. C'est essentiellement une maladie de jeune fille. Aussi notre maître, M. le Dr Babinski, nous proposait-il dernièrement l'appellation heureuse de « parthéno-anorexie » pour bien différencier cette forme toute spéciale d'anorexie. On pourrait aussi l'appeler « hébéanorexie ». Le Dr Babinski nous faisait également remarquer la très grande fréquence de l'anorexie mentale dans la clientèle de ville en l'opposant à sa râreté relative dans les services hospitaliers.

A quoi attribuer ces particularités d'âge, de sexe et de milieu ? Nous l'ignorons et l'étude des théories pathogéniques proposées nous entraînerait à de trop longs développements. Notons que le fonds commun à toutes les anorexies est la dégénérescence mentale avec tous ses degrés. Mais cela ne nous donne pas la clef de la localisation de cette diathèse neuro-psycho-pathologique sur les besoins de l'alimentation. Il est certain d'autre part que l'influence de la puberté est indéniable. Régis, et tout dernièrement Séglas, ont attiré l'attention sur ce point.

Le professeur Sigmund Freund de Vienne voit à la base de toutes les psychonévroses une origine sexuelle, le souvenir d'un trauma sexuel infantile oublié et tendant à se faire jour sons un aspect différent qui serait le symptôme morbide. Pour l'anorexie, il s'agirait de l'importance érogène des lèvres qui réapparaîtrait sous forme de dégoût pour tout ce qui touche à l'alimentation. Sans insister sur la théorie de Freund ni sur les critiques que l'on en pourrait faire, notons l'importance possible des traumas sexuels dans la genèse de l'anorexie. Et cette importance est peut-être susceptible d'expliquer la fréquence au moment de la puberté qui est une période de grande activité sexuelle, la fréquence dans le sexe féminin où les traumas sexuels s'extériorisent moins facilement que chez l'homme, enfin peut-être la rareté relative dans le peuple où la jeune fille trouve plus facilement que dans les classes cultivées, la satisfaction des instincts de cet ordre.

Mais nous ne serions pas éloigné de penser qu'une base organique est nécessaire au développement de l'anorexie. La majorité des psychiâtres admettent actuellement que la mélancolie repose sur un substratum organique ; peut-être en est-il de même pour l'anorexie mentale. S'agit-il d'une insuffisance ovarienne ? (Régis, Kamal, Noguès.) Il est possible et certes il serait intéressant d'essayer le traitement opothérapique dans certains cas.

Nous ne reviendrons pas sur l'étiologie de l'anorexie mentale, l'ayant étudiée en décrivant chaque type clinique.

COMPLICATIONS. DURÉE

Si les *gastralgies* aident à l'éclosion d'une anorexie, elles jouent aussi un rôle important dans la durée et la ténacité de l'affection. Une complication redoutable est constituée par les *vomissements*, surtout les vomissements nerveux qui viennent avec facilité, car la malade s'en fait un argument nouveau pour ne pas manger. L'inanition peut provoquer divers accidents plus ou moins graves, en particulier des *états syncopaux* (obs. VII). Mais surtout elle rend les malades aptes à contracter facilement les *maladies infectieuses* et c'est la *tuberculose* qui est la complication la plus redoutable. Nous en avons déjà parlé en étudiant la symptomatologie de l'affection : nous n'y reviendrons pas. Mais on peut se demander si certains cas d'anorexie observés comme se terminant par la tuberculose n'étaient pas des cas de tuberculose dont un des premiers symptômes et un des plus persistants avaient été l'anorexie. Marschall a publié une observation d'anorexia nervosa d'origine tuberculeuse, de tuberculose latente, typique d'après l'auteur.

La mort par *méningite tuberculeuse* peut venir ter-

miner une anorexie plus ou moins complètement guérie. L'observation communiquée tout dernièrement à la Société médico-psychologique par le Dr Charpentier est intéressante à ce point de vue. Elle concerne une fillette de 15 ans, anorexique, amaigrie, très gâtée par sa famille qui l'admirait en tout et que les parents se décidèrent à grand'peine à confier à la maison de santé. Au bout de quelques semaines de traitement, elle mangeait bien, avait repris plusieurs kilogrammes. Cédant à ses sollicitations, les parents, malgré l'avis des médecins, la reprirent avec eux, recommencèrent à céder à tous ses caprices alimentaires ; l'anorexie recommença, l'amaigrissement survint bientôt et l'enfant mourut plusieurs mois plus tard de méningite tuberculeuse.

Nous ne connaissons malheureusement pas d'autres observations analogues.

Durée. — La durée de l'anorexie mentale est le plus souvent fort longue. Elle peut persister des mois et même des années.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anorexie mentale est en général facile. Il se base sur les symptômes suivants : 1° une restriction de l'alimentation avec perte de la notion psychique de l'appétit ; 2° L'absence de toute lésion viscérale que l'on n'affirmera qu'après avoir examiné successivement tous les appareils ; 3° L'aménorrhée qui comme nous l'avons vu précède souvent l'anorexie ; 4° Enfin ce fait que les anorexiques mentales ne sont nullement inquiètes de leur état, elles observent leur maigreur sans s'effrayer outre mesure. De plus l'âge de la malade, son aspect amaigri accompagné des divers troubles que nous avons étudié, son activité souvent exagérée, enfin les troubles de l'appréciation visuelle complèteront le diagnostic.

Celui-ci ne se pose guère avec les *affections organiques* de l'estomac, non plus qu'avec les affections générales. On écartera l'idée de chlorose, de diabète maigre de tuberculose. Cependant pour cette dernière, on se souviendra que l'anorexie peut être un symptôme précoce et momentanément dominant de tuberculose latente, et que dans l'anorexie confirmée, la tuberculose

vient souvent se greffer sur l'état d'inanition. Les grandes pyrexies comportent souvent de l'anorexie comme symptôme de début. L'anorexie mentale sera en général facilement éliminée ; il peut cependant en être question comme le prouve le fait suivant qui nous a été communiqué par un médecin de province :

Une femme de 33 ans, ayant présenté à diverses reprises des accidents hystériques (grandes crises) était indemne de tout accident depuis plusieurs mois. Un jour, sans aucune raison, elle recommence à faire de grandes crises, elle prétend que ses jambes ne peuvent plus la porter, elle est prise de dégoût pour les aliments et refuse de se nourrir pendant quatre jours. En même temps fièvre irrégulière entre 37°5 et 39°. A cette époque, la fièvre hystérique était couramment admise et un neurologiste distingué, qui s'était beaucoup occupé de l'hystérie, appelé auprès de la malade fait le diagnostic d'accidents hystériques. Il lui ordonne de prendre un repas entier, ce qu'elle fait de très bonne grâce, et lui fait faire une longue promenade sans qu'elle ressente beaucoup de fatigue.

Le soir elle s'alite et fait 40° de température. Le lendemain des taches rosées lenticulaires apparaissent sur l'abdomen et elle fait une fièvre typhoïde grave qui dura deux mois et pendant laquelle elle eut des menaces de perforation intestinale.

Bien que des faits analogues soient, croyons-nous, assez rares, on voit cependant d'après cette observation qu'il faut parfois être prudent avant de porter le diagnostic d'anorexie d'origine psychique et à plus forte raison d'anorexie hystérique.

La sitiophobie des aliénés dont nous avons déjà parlé,

sera facilement éliminée. Cependant la *démence précoce* peut débuter par une crise d'anorexie mentale absolument typique. L'évolution seule tranche le diagnostic. L'anorexie qui survient chez les *débiles* devra aussi être éliminée. Elle se rapproche beaucoup plus de la sitiophobie et d'autre part l'allure générale du malade est toute différente.

Il est souvent très difficile de diagnostiquer l'anorexie mentale de l'*atonie gastro-intestinale de Bouveret*. Cependant les symptômes de neurasthénie et l'examen local de l'estomac, souvent dilaté, feront le diagnostic. De plus, l'état mental est très différent : les neurasthéniques son gémisseurs, inquiets, cherchent à se médicamenter ; il en est tout autrement, comme nous l'avons vu, dans l'anorexie mentale.

Il faut différencier encore l'anorexie vraie de l'*anorexie sociale* du Professeur Déjerine, observée chez des sujets manquant littéralement de pain ou presque et finissant par réduire assez leur alimentation.

Enfin le médecin ne devra pas se laisser tromper par les cas d'anorexie mentale purement apparente que l'on rencontre chez certains *simulateurs*, hystériques le plus souvent, qui se nourrissent en cachette. Ceux-ci se cachent pour manger alors que les anorexiques se cachent pour ne pas manger.

Quand au diagnostic très important de la forme d'anorexie, nous n'y reviendrons pas, l'ayant étudié longuement en décrivant les types cliniques.

PRONOSTIC

Nous considérerons successivement le pronostic immédiat de la crise d'anorexie mentale pronostic physique et ensuite le pronostic éloigné, pronostic mental.

1° **Pronostic de la crise d'anorexie mentale.** — Le pronostic diffère suivant la période de la maladie. A la période de début il est bénin, l'affection cédant en général à une thérapeutique bien conduite. A la période d'état au contraire, le pronostic est grave. Abandonnée à elle-même, l'anorexie mentale mène à la mort presque à coup sûr, la cédation spontanée dont parle Lasègne étant une exception. Il est évident d'autre part que ces malades bien soignés guérissent dans la majorité des cas. Chez les malades qui recommencent à manger, l'augmentation progressive du poids et l'apparition des règles est d'un bon pronostic. Mais ce pronostic doit toujours être réservé car, d'une part, en présence d'une anorexique il est très difficile de conclure quelle sera sa docilité et à ce point de vue les anorexies phobiques et à forme hébéphrénique seraient les formes les plus graves. D'autre part quand l'amaigrissement est considérable, que les symptômes d'ina-

nition sont là menaçants, la mort peut survenir par cachexie ou par l'une des complications que nous avons énumérées avant que l'on ait pu réalimenter suffisamment la malade et cela quelle que soit sa docilité. Y a-t-il des signes qui peuvent conduire à porter un pronostic fatal ? Il est admis en général que quand l'amaigrissement a dépassé la moitié du poids du corps ou quand le pouls dépasse constamment cent par minute, la terminaison par la mort est presque inévitable. Ceci est vrai dans la majorité des cas. Nous croyons cependant qu'il est encore permis d'espérer la guérison : le Dr Millon nous a en effet parlé d'une de ses malades âgée de 33 ans, qui a perdu pendant son anorexie 63 % de son poids (elle était tombée de 72 kgr. 500 à 26 kgr. 825) et a cependant guéri. Le pronostic n'en reste pas moins des plus sérieux et il serait imprudent dans les cas graves de donner à l'entourage l'assurance absolue de la guérison.

2° **Pronostic éloigné. De l'avenir des anorexiques.** — Nous venons de voir que les malades atteints d'anorexie mentale arrivent, dans la grande majorité des cas, grâce à un traitement approprié, à reprendre une alimentation normale ou à peu près. C'est ce qui a fait dire que cette affection donnait les plus beaux succès thérapeuthiques. Le succès immédiat est en effet très encourageant mais ce que l'on ne s'est pas suffisamment demandé, à notre avis, c'est *ce que deviennent ces malades dans l'avenir*. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont considéré ces malades comme guéries une fois qu'elles mangeaient comme

tout le monde. Certains se sont contentés de rechercher la fréquence plus au moins grande des rechutes possibles. Rechutes exceptionnelles pour les uns (Lasègue), fréquentes pour les autres (Déjerine). Enfin on a noté que chez des malades revues six mois ou un an après leur guérison il pouvait y avoir encore quelques petites difficultés au sujet de l'alimentation. Pour presque toutes les malades que nous avons revues, nous avons constaté ce fait, et de plus il persiste très souvent des troubles du caractère longtemps après que l'anorexie est guérie. Rares sont les observations prolongées plus longtemps. Donc quand on veut parler de l'avenir des anorexiques, les documents actuels sont tout à fait insuffisants. Et cela s'explique facilement : Une malade dont l'affection évolue pendant cinq, dix ans et même davantage peut être rarement suivie par le même observateur. Et s'il arrive parfois comme nous le supposons, que l'anorexie n'est que le germe d'une affection mentale plus grave, telle jeune fille anorexique, qui à 18 ans aura été vue par un neurologiste ira dix ou quinze ans plus tard se faire interner par un psychiâtre. On conçoit combien la reconstitution d'une telle observation est difficile. Les divers actes se passent sur des théâtres différents. L'évolution future d'une anorexique mentale ne peut donc être étayée que sur des analogies et en se basant sur les symptômes actuellement constatés par le médecin. Ceci étant dit, nous croyons que l'anorexie mentale est regardée en général comme une affection beaucoup trop bénigne et passagère, comme une maladie de jeune fille gâtée ou capricieuse et qu'elle

décèle le plus souvent une tare mentale plus ou moins grave, mais qu'il faut toujours envisager attentivement.

Plusieurs arguments nous conduisent à penser que l'anorexie mentale repose sur un trouble psychique important. C'est d'abord *l'origine endogène*, purement psychique de l'affection. Pour que sans cause exogène une jeune fille se mette brusquement à penser que l'alimentation est inutile ou qu'elle s'alimente suffisamment alors qu'elle ne mange presque rien, il faut une tare mentale profonde. Et cette erreur de raisonnement est infiniment plus grave chez ces malades que les troubles mentaux que l'on peut observer dans les intoxications, dans les délires alcooliques par exemple, dont la cause est exogène. Dans l'anorexie mentale d'autre part on retrouve des *symptômes esquissés d'hébéphrénie*. C'est d'abord *l'indifférence* de ces malades qui vivent en elles-même, en dehors de la vie commune ; rien ne les intéresse. C'est *l'aménorrhée* qui souvent précède de plusieurs mois l'anorexie. C'est *l'âge* de ces malades. L'anorexie est essentiellement une maladie pubérale et les troubles psychiques de la puberté sont souvent d'un mauvais augure. Ces symptômes se retrouvent chez toutes les anorexiques, mais si nous considérons la *forme* que nous avons appelé *hébéphrénique*, l'analogie est encore plus frappante et l'on retrouve esquissés, du *négativisme*. du *mutisme*, des *ébauches de stéréotypies*. Bien souvent seule l'évolution ultérieure tranche le diagnostic.

Enfin nous pouvons apporter quelques documents qui prouvent que ce que nous venons d'avancer n'est

pas purement hypothétique. C'est d'abord une observation communiquée à la Société médico-psychologique par M. Robert Dubois. Nous la reproduisons en entier.

Observation XII

Anorexie mentale, prodrome de démence précoce (Robert Dubois, Soc. médico-psychologique, 27 oct. 1913. Annales médico-psychologiques, *oct.-nov. 1913.*

Le 8 mai 1900, le professeur Raymond envoie à Saujon une jeune fille de 16 ans accompagnée de ses parents qui remettent à mon père la lettre suivante :

« Mon cher confrère,

« Je viens d'examiner Mlle X..., elle est atteinte d'*anorexie hystérique* et, en conséquence, d'une dénutrition excessive. Il est temps, grand temps d'agir. Je conseille, etc. »

La malade, qui se présente à l'examen, est très amaigrie. De 1 m. 65 de taille, elle pèse 32 kgr. 500. La peau est sèche, rugueuse, le buste est voûté, la région épigastrique rétractée en cuvette.

La malade se plaint de souffrir à ce niveau et redoute le moindre effleurage de la main exploratrice.

Le visage est pâle, le front lisse, sauf un léger pli perpendiculaire au-dessus du nez. Ce pli, un regard fuyant, des lèvres faisant la moue donnent à la figure une expression maussade.

Mlle X... ne donne pas de raison précise à son refus de nourriture, elle se contente de répondre d'une façon très vague :

« Qu'elle trouve bien inutile de manger, que cela la fait souffrir, qu'elle ne peut pas s'entendre avec sa mère. »

Celle-ci, qui paraît très douce et très affectueuse, ne comprend pas pour quelle raison sa fille se conduit ainsi : Aucun raisonnement, aucune observation de sa part ne peuvent décider l'enfant à manger, et cela dure depuis six mois !

Elle se nourrit seulement de quelques verres d'eau sucrée et de deux ou trois biscuits à la cuillère dans toute la journée. Elle n'a jamais été surprise mangeant en cachette, bien que ses parents l'aient surveillée à ce sujet.

A part une rougeole bénigne survenue deux ans auparavant, pas de maladie antérieure à signaler.

L'anorexie, ainsi qu'un certain changement de caractère, sont survenus depuis six mois sans cause connue.

En même temps qu'elle refusait de se nourrir, l'enfant est devenue irritable et nonchalante : elle ne veut plus, par exemple, se coiffer seule et dit à sa mère qu'elle lui fait mal chaque fois qu'elle lui met le peigne dans les cheveux. Il y a lutte et scène pour arriver à la coiffer.

Durant son séjour à Saujon, elle est mise à l'isolement sévère, alitement avec une tasse de lait toutes les heures.

Les premiers jours, la malade se révolte ; mais après deux ou trois jours de lutte, elle devient docile et elle absorbe régulièrement son lait jusqu'à concurrence de trois, puis de quatre litres par jour.

Au bout de quinze jours, elle a engraissé de 4 kilogrammes.

Le régime lacté et l'alitement durent un mois. Le caractère de la malade devient plus gai, elle demande à aller au parc jouer avec les autres fillettes de son âge, elle se lève, arrive peu à peu à manger comme tout le monde, vient à l'Établissement ré-

gulièrement, prendre deux douches par jour, et, après quatre mois de traitement, part, ayant engraissé de 13 kilogrammes, et ne présentant plus aucun des symptômes qui avaient déterminé son envoi à Saujon.

L'hiver suivant se passe bien, l'anorexie a complètement disparu, mais l'enfant a toujours un caractère difficile avec ses parents.

En juin 1901, un an après, elle a une fièvre scarlatine qui évolue normalement ; mais, durant la convalescence, la malade est prise le matin à jeun de vomissements, de nausées qui persistent un certain temps.

D'autre part, la gaieté qui était revenue depuis la cure à Saujon disparaît : l'enfant devient négligente, apathique, désordonnée.

Le 23 juillet 1901, sa mère écrit : « Vous avez obtenu qu'elle se coiffe seule ; comme elle le fait très mal et qu'elle n'est pas présentable ainsi, je lui ai offert de lui montrer.

« Elle refuse avec colère et en termes très impolis, à tel point que ni son père ni moi n'osons plus lui adresser la parole ; c'est une colère perpétuelle.

« Nous agissons avec la plus grande douceur, ce qui ne l'empêche pas de nous maltraiter.

« Je veux bien convenir qu'elle a un caractère difficile, mais pour moi elle ne se rend pas compte de toutes les choses qu'elle fait. Ce qui en est la preuve, c'est qu'elle critique les jeunes filles qui se tiennent mal. »

A la fin d'août 1901, la malade vient passer un mois à Saujon. Elle s'y montre toujours négligée dans sa tenue, mal coiffée et cela est cause de discussions fréquentes avec sa mère qui est venue avec elle : l'anorexie n'a pas reparu.

Elle part au bout d'un mois sans grande amélioration.

En janvier 1902, à la suite d'un rhume, toux nerveuse persistante ; à cette époque la famille écrit : « Elle est en ce moment énervée comme jamais elle ne l'a été. Elle parle constamment et nous envoie promener, c'est une surexcitation continuelle. »

En 1903, elle présente une phase d'excitation violente avec idées délirantes multiples dont l'une dominante est celle du mariage. Cet état nécessite son internement immédiat à l'asile de N... où elle reste juste un an. L'agitation avait duré trois mois très intense, puis s'était atténuée et avait été suivie d'un état de dépression légère. A la sortie de l'asile la malade était bien.

De 1904 à 1909 il n'y eut rien de particulier dans son état. Cependant en la suivant de près, on pouvait s'apercevoir que son caractère se modifiait par périodes, suivant des alternatives de dépression et d'excitation, d'ailleurs peu marquées.

En août 1909 apparurent de nouveaux troubles mentaux plus caractérisés. La malade cessa peu à peu de reconnaître les personnes qui l'entouraient, passa des mois sans prononcer une parole, refusant de prendre la moindre nourriture, ayant de plus une incontinence totale.

C'est dans cet état que l'hiver suivant elle fut internée à l'asile départemental de B... où elle est toujours, présentant depuis deux ans les mêmes symptômes. Le médecin de l'établissement a eu l'amabilité, dont nous le remercions vivement, de nous transmettre sur la malade les renseignements suivants (6 mars 1912).

« Dans un premier certificat, j'avais constaté la dégénérescence mentale avec désorientation, indifférence, propos incohérents, agitation fréquente et gâtisme intermittent : j'ajoutais que tous ces symptômes me faisaient craindre l'évolution d'une démence précoce.

« Aujourd'hui ce diagnostic me paraît malheureusement tout à fait confirmé. Rien de particulier au point de vue de la santé physique. »

D'autre part le Dr Séglas nous a communiqué oralement le fait suivant :

Il y a quelques années on lui amena à sa consultation de la Salpêtrière une jeune fille de 28 ans qui présentait les symptômes de la démence précoce la plus caractérisée : catatonie, attitudes stéréotypées, négativisme, etc., et qui d'ailleurs fut internée et évolua vers la démence la plus complète. Or en l'interrogeant le Dr Séglas découvrit qu'elle avait fait à 18 ans une crise d'anorexie mentale pour laquelle elle avait été soignée dans une grande ville de province. Elle avait guéri et était restée depuis lors sensiblement normale sauf quelques bizarreries de caractère. Dix ans après elle devenait démente précoce.

Le Dr Conso nous a très aimablement communiqué cet autre fait :

Une de ses malades était considérée vers l'âge de 16 ans comme une hystérique typique: grandes crises, somnambulisme, paraplégies, etc..., cédant à la suggestion. Elle fit plusieurs crises d'anorexie qui semblaient bien dépendre de l'hystérie. Cette anorexie cédait à la suggestion pour reprendre d'ailleurs peu de temps après. Elle se prêtait de bonne grâce à ce moment à des pratiques d'hymnotisme. Rentrée chez elle, elle se marie et a deux enfants. Elle n'était pas très bien portante pendant toute cette époque. Vers l'âge de 23 ans elle commence à avoir des

idées de défiance vis-à-vis de son mari, puis peu à peu des idées très nettes d'interprétation délirante : « On l'hymnotise, on la surveille, etc... » Elle fait de l'anorexie entre temps. Actuellement elle évolue peu à peu vers la démence chronique.

Enfin nous citerons encore le fait suivant :

Une jeune fille avait fait à diverses reprises, entre 18 et 23 ans, de l'anorexie mentale typique : diminution alimentaire énorme avec supercheries (cachait ses aliments, trompait ses parents sur son poids, etc..). Elle était bien portante entre temps. Vers l'âge de 28 ans elle eut des bouffées délirantes de persécution, puis peu à peu elle présenta de l'agitation maniaque légère alternant avec des phases de dépression. Elle a actuellement 34 ans et cet état cyclotymique léger continue sans toutefois nécessiter l'internement.

En se basant sur ces documents et aussi sur les raisons précédemment exposées, on peut donc dire que les anorexiques guéries ont rarement un avenir indemne au point de vue mental. Cette opinion a d'ailleurs été développée tout dernièrement par le Dr Séglas à la Société médico-psychologique dans la discussion qui a suivi l'observation de Robert Dubois ; observation dont le Dr Séglas nous avait d'ailleurs parlé antérieurement à propos de l'avenir des anorexiques. « Après l'anorexie, disait le Dr Séglas, reste l'état mental qui en a été l'origine... et on est en droit de se demander si dans certains cas cet état mental ne serait pas susceptible d'évoluer pour se caractériser sous des formes vésaniques quelconques dont l'anorexie n'aurait été qu'un prodrome. Et parmi ces formes qu'y aurait-il d'éton-

nant à rencontrer la démence précoce ?... » Cette opinion a été vivement critiquée, comme trop pessimiste, par MM. René Charpentier, Delmas et Roger Dupouy, mais il est à remarquer qu'aucun de ces auteurs n'a rapporté de cas contredisant l'opinion de M. Séglas, et comme l'a dit très justement M. Juquelier : « Si M. Dupouy a dû, dans un cas qu'il a observé, rectifier le diagnostic d'anorexie mentale et poser celui de démence précoce, cela justifie précisément que M. Séglas attire notre attention sur les difficultés possibles de ce diagnostic différentiel. »

Mais toutes les formes d'anorexie sont-elles d'un avenir aussi sombre ? *L'anorexie hystérique* quand elle est pure semble la forme la plus curable. Son pronostic est celui de l'hystérie. Mais avant d'affirmer que seule l'hystérie est en cause, encore convient-il de suivre très attentivement la malade et une anorexie tenace devra toujours paraître suspecte. Il faut se demander si elle ne se relève pas d'une cause plus grave.

A l'*anorexie à forme hébéphrénique* s'appliquent au maximum les considérations pronostiques que nous venons d'exposer. Les symptômes présentés par ces malades sont trop importants pour n'être qu'un épisode passager. Autant qu'on peut l'affirmer sur ce fonds mental décelé par ce premier épisode, viendront plus tard se greffer d'autres troubles psychopathiques. Lesquels ? Nous l'ignorons faute de documents suffisants.

L'*anorexie phobique* au point de vue pronostic est un intermédiaire entre la forme précédente et celle dont nous allons maintenant parler. Elle comporte le

pronostic des phobies tenaces qui est loin d'ailleurs d'être complètement élucidé.

Quel sera l'avenir des jeunes filles atteintes d'*anorexie idiopathique* d'origine émotionnelle, d'anorexie banale ? Sont-elles vouées fatalement elles aussi à faire des troubles psychopathiques plus graves ? A première vue cela semble peu probable. Mais il convient de remarquer cependant que même chez elles l'état mental est plus profondément touché qu'il ne paraît, qu'il s'agit en somme d'une idée fixe non raisonnée, qu'elles font une aménorrhée que n'explique pas toujours leur état physique, qu'elles ont des troubles de l'appréciation visuelle et qu'enfin il arrive le plus souvent que six mois ou un an après la fin de leur anorexie leur alimentation n'est pas encore normale et que l'instabilité du caractère persiste. Pour toutes ces raisons, quoiqu'elles semblent plus bénignes que les autres anorexies, il convient cependant de porter un pronostic réservé.

TRAITEMENT

Il est deux points sur lesquels les auteurs sont d'accord dans le traitement de l'anorexie mentale : c'est l'*isolement* et la *réalimentation*. Un troisième point est peut-être plus discutable : c'est l'influencede la *psychothérapie*.

Isolement. — Il est *la base* même *du traitement*. Il est impossible de traiter une anorexique dans le milieu familial et l'essayer c'est courir à un échec certain, souvent à la mort. Il est de toute nécessité de soustraire la malade à l'auditoire sympathique au milieu duquel elle vit. L'isolement doit être absolu, claustral : la malade se sentant sous la dépendance complète d'un médecin énergique. Et nous sommes absolument de l'avis de Brécy qui dit qu' « on ne saurait trop insister sur l'importance de l'isolement dans l'anorexie mentale, l'éloignement de l'entourage et du milieu suffit parfois à lui seul pour amener une guérison rapide ». L'isolement doit être accompagné de repos, souvent difficile à obtenir, et même très souvent d'alitement complet.

Réalimentation. — Elle doit être progressive et le régime du début doit varier avec chaque malade, s'inspirant de l'état d'inanition plus ou moins avancé. Cer-

tains grands inanitiés ne doivent être réalimentés au début qu'avec quelques cuillerées de lait toutes les demi-heures. Au contraire certains malades peu amaigris supportent facilement un régime presque normal. Si le malade résiste il ne faut pas hésistsr à user d'autorité : la chose capitale est de ne jamais céder. Aussi l'emploi de la sonde peut être indiqué. Nous pensons certes qu'il est préférable de ne pas l'employer, le grand danger en l'espèce étant l'accoutumance parfois rapide que prennent ces malades de ce genre d'alimentation. La menace du gavage à la sonde sera quelquefois suffisante ; si elle ne l'est pas on n'hésitera pas à sonder la malade. Il ne faut jamais avoir l'air de reculer devant un gavage promis, ce serait pour la malade une victoire dont elle se servirait.

Si l'on doit rejeter les remèdes, apéritifs, amers, etc., le plus souvent inutiles, l'hydrothérapie est un excellent adjuvant de la cure. Elle doit être pratiquée sous forme de 1 à 2 douches par jour : douche tiède, prolongée et à basse pression. Elle n'est contre-indiquée que chez les malades très affaiblis qui sont sous la menace d'accidents graves d'inanition.

Psychothérapie. — Si l'on entend par ce mot l'influence bienfaisante du médecin sur le malade, certes la psychothérapie joue un rôle important dans la réussite de la cure de l'anorexie mentale. Et la première chose à faire est de persuader les parents de l'importance de l'isolement et de la suppression de toute correspondance par lettre. Ce n'est pas toujours chose facile mais c'est capital. L'anorexique qui sent les siens prêts à céder résistera au trai-

tement avec une énergie indomptable. Une fois isolée, la malade doit sentir qu'on ne lui cèdera pas et qu'il faudra en passer par où désire le médecin. Inutile de dire qu'il faut employer la plus grande douceur et ne se laisser jamais intimider par les scènes de désespoir ou autres que pourra faire la malade. Il ne faut pas oublier que toutes les anorexiques emploient les supercheries les plus variées pour essayer de tromper le médecin et qu'une surveillance des plus rigoureuses sera nécessaire. Mais il faut aussi se mettre en garde contre des soupçons non justifiés qui indisposeraient la malade. A mesure que l'amélioration se produit, la surveillance, tout en étant toujours aussi réelle, doit être plus discrète et il convient de montrer peu à peu de la confiance et de faire collaborer la malade à la direction du traitement en lui montrant le pourquoi de telle mesure prise à son égard. La conduite du médecin doit être guidée à chaque instant par celle de la malade et varie suivant les cas et surtout suivant les périodes. A une malade réticente et armée pour la lutte il faut opposer une fermeté inébranlable et l'avertir que l'on prendra tout le temps nécessaire, mais qu'elle guérira. Plus tard quand on a obtenu une demi-cédation il faut l'encourager, lui montrer le chemin parcouru, son état de santé qui s'améliore chaque jour et la joie qu'elle aura de retrouver les siens étant bien portante.

Nous n'insisterons pas davantage sur la psychothérapie qui est un moyen d'action efficace mais qui n'a rien de mystérieux ; elle est à la portée de tous les praticiens : il suffit de faire appel à son bon sens.

Sans parler de l'influence de la suggestion hymnotique ou vigile, qui n'existe pas ici, sauf évidemment dans l'anorexie hystérique, nous dirons un mot de la psychothérapie rationnelle telle que l'entend le Professeur Dubois (de Berne). « Pour ramener ces malades à une alimentation normale, dit-il, il ne faut au médecin que le don de la persuasion ». Il reconnaît d'ailleurs un peu plus loin, qu'ici la persuasion n'est pas toujours suffisante car il ajoute : « Il n'est pas toujours possible d'en rester à la persuasion rationnelle et il faut y ajouter une douce contrainte morale, la meilleure est de faire comprendre aux malades qu'on ne les laissera retourner à la maison que guéries. » M. Dubois l'avoue : au don de la persuasion, le médecin fera bien d'ajouter celui de l'intimidation. L'influence de la psychothérapie par persuasion telle que l'entend M. le Professeur Déjerine ne nous semble pas non plus, ici du moins, d'une grande efficacité. Le sentiment, chez ces malades, est trop émoussé pour qu'il puisse se réveiller sous l'influence de bonnes paroles.

Dans la *convalescence* il faut conseiller des exercices, du massage, de la gymnastique, des préparations toniques et aussi des distractions et des voyages.

Enfin il ne faut pas abandonner à elle-même l'anorexique récemment rentrée dans sa famille. Il faut que celle-ci continue à la surveiller au point de vue physique et psychique, sans heurt et sans contrainte. Le retour dans le milieu où a commencé et où a évolué l'anorexie étant souvent un danger dont les malades elles-mêmes se rendent compte.

CONCLUSIONS

1° L'anorexie mentale est un syndrome facteur d'états psychique très divers.

2° Ce syndrome a comme cause immédiate une fausse appréciation des besoins alimentaires consistant en ce fait que ces malades s'imaginent s'alimenter suffisamment ou même exagérément alors que leur alimentation est très insuffisante ou nulle.

3° Il est constitué principalement par une diminution souvent considérable de l'alimentation avec refus alimentaire et perte de l'appétit, sans lésion organique. Il est accompagné d'amaigrissement, d'aménorrhée, d'indifférence du malade pour son anorexie et d'inconscience de l'état physique plus ou moins grave qui en résulte.

4° L'anorexie hystérique existe mais elle est rare, tandis que l'anorexie mentale chez les hystériques se rencontre assez fréquemment. Il ne suffit donc pas qu'il y ait coexistence d'hystérie et d'anorexie pour porter le diagnostic d'anorexie hystérique.

5° L'anorexie mentale se présente en clinique sous des types très différents. On peut distinguer en allant

des formes les plus bénignes aux formes les plus graves au point de vue mental :

a) L'anorexie des nerveux à l'occasion de troubles organiques.

b) L'anorexie idiopathique, le plus souvent d'origine émotionnelle.

c) L'anorexie phobique, et, s'en rapprochant, l'anorexie des obsédés douteurs.

d) L'anorexie à forme hébéphrénique.

6° Ces types, tout en empiétant les uns sur les autres, diffèrent principalement : par leur étiologie, par la gravité des symptômes mentaux, par la réaction du malade à l'alimentation forcée, par le pronostic.

7° Il n'y a aucun parallélisme entre la gravité des symptômes mentaux et la gravité de l'anorexie au point de vue physique.

8° Le pronostic immédiat de la crise d'anorexie est grave au point de vue vital. Elle se termine par la mort dans 13 % des cas environ. Cependant, prise à temps et bien traitée, une anorexique a toutes les chances de guérir.

9° L'avenir des anorexiques au point de vue mental doit être réservé, l'anorexie n'étant parfois que le premier épisode d'une psychopathie qui éclatera dans un avenir plus ou moins éloigné. Plusieurs arguments sont en faveur de cette opinion : *a*) L'origine endogène, purement psychique de l'affection ; *b*) Les symptômes esquissés d'hébéphrénie : aménorrhée, indifférence, ébauches de stéréotypies que l'on rencontre chez beaucoup d'anorexiques ; *c*) L'âge de ces malades : l'ano-

rexie est surtout une affection pubérale; *d*) Enfin quelques observations de malades qui, anciennes anorexiques ont présenté des troubles mentaux plus ou moins graves : démence précoce, délire chronique, cyclotymie.

10° Le traitement tient dans l'isolement, la réalimentation et la psychothérapie.

Vu, et approuvé,
le Président de thèse,
PIERRE MARIE

Vu, le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Bibliographie

Achard, Debove et Castaigne. — Traité des mal. du tub. dig.

Axenfeld. — V. Huchard.

Gilbert-Ballet. — Psychoses et affections nerveuses, 1897.

— *Pathologie mentale.*

— *La médecine moderne*, 6 nov. 1907.

— *Étoile médicale*, 30 mars 1909.

Babinski. — *Soc. méd. des hôp.*, 11 nov. 1892.

— *Soc. de neurologie*, 7 nov. 1901.

— *Gaz. des hôp.*, 11 nov. 1904.

— Diag. différentiel de l'hémiplégie org. et de l'hémiplégie hystérique, *Gaz. des hôp.*, 5 et 8 mai 1900.

Babinski et J. Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie. — *J. de psychol. norm. et pathol., mars-avril 1912.*

Bauer. — Article anorexie, in *Pratique médico-chirurgicale*, 1911.

Bézy. — *Arch. de neurol.*, 1897, 20, IV, p. 249.

Bibent. — Hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant. *Th. Toulouse*, 1898.

Bouchard. — Traité de path. générale.

Bouveret. — Traité des mal. d'estomac, 1893.

Brécy. — Article Isolement, in *P. M. C.*, 1911.

Brelet. — An. mentale, *Gaz. des hôp.*, 19 oct. 1912.

Brinton. — Traité des mal. d'estomac.

Briquet. — Traité de l'hystérie.

Brouardel et Gilbert. — Traité de méd. et de thér.

Brugnoli (A.). — Sull. anoressia storie considerazioni. Mem. Acad. des sci. di Bologna, 1871.

Buvat. — L'anorexie psychasthénique. *Gaz. des hôp.*, n° 54, 1905, p. 639.

Camus (Jean). — Trait. de l'an. mentale grave des jeunes filles. *Paris médical*, 1912, n° 40, p. 241.

Caussade. — Obscurité du murmure vésiculaire des 2 sommets des poumons pouvant en imposer pour une tuberculose au début *Journal de méd. de Paris*, 1912, n° 40.

Charcot. — Œuvres complètes, t. III, p. 240.

— De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.

— Leçons du mardi.

— Leçons sur les mal. du syst. nerveux.

Chenais. — Recherche sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique. *Th. Paris*, 1902.

Collins. — *Lancet*, 1894, p. 202

Comby. — *Arch. de méd. des enfants*, 1908, n° 8.

Dancourt. — Man. gastriques de l'hystérie chez l'enfant. *Th. Lille*, 1905.

Déjerine et Gauckler. — Les psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie, 1911.

Deniau. — De l'hystérie gastrique. *Th. Paris*, 1883.

Dubois (Paul). — Les Psychonévroses et leur traitement moral, 1904.

Dubois (Robert). — *Soc. médico-psychol.*, 27 oct. 1913. — *Annales méd. psychol.*, oct. nov. 1913, p. 431.

Edge. — A fatal case of anorexie. *Lancet*, 1888, p. 818.

Esquirol. — Des maladies mentales.

Féré. — Anorexie des jeunes filles. Pathologie des émotions, p. 84.

Forcheimer — *Arch. of pediatrics*, nov. 1907.

Goldspiegel (Mlle). — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. *Th. Paris*, 1888.

Grancher, Comby, Marfan. — Traité des maladies des enfants.

Crozer Griffith. — A case of anorexia nervosa in infant. *Arch. of pediatrics*. New-York, may, 1908.

Guiraud. — Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté. *Th. Paris*, 1880.

Gull. — *Lancet*, 1873.

Huchard et Axenfeld. — Traité des névroses, 1883.

Hutinel et Babonneix. — Les maladies des enfants.

Hutinel. — L'anorexie mentale. *Revue gén. de clin. et de thér.*, 1909.

Isnard. — Les manifestations de l'hystérie dans l'enfance. *Th. Montpellier*, 1896.

James (William). — La théorie de l'émotion.

Janet (P.). — Les névroses.

— Les obsessions et la psychasthénie.

— État mental des hystériques, 1892.

— V. Raymond.

Jolyet. — Congrès de Bordeaux, 1895.

Kaler. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. *Th. Nancy*, 1899.

Kamal (Mohamed Samy). — L'anorexie mentale. *Th. Lyon*, 1911.

Lasègue. — *Arch. gén. de méd.*, avril 1873, p. 385.

— Etudes médicales, 1884, t. II, p, 45.

Lassignardie. — Essai sur l'état mental dans l'abstinence. *Th. Bordeaux*, 1898.

De la Tourette (Gilles). — Traité de l'hystérie.

— La nutrition dans l'hystérie.

De la Tourette et G. Carne. — In traité de méd. Brouardel et Gilbert.

Leven. — Traité des mal. d'estomac.

— Estomac et cerveau.

Liétard. — Aff. de l'appareil digestif.

Luys. — Traité clin. et thér. des mal. mentales.

Mairet (A.) et J. Margarot. — Dégénérescence mentale et hystérie. *Encéphale*, 10 janvier 1913.

Marie (P.). — La pratique neurologique.

Marschall. — *Lancet*, 1895, p. 147.

Mathieu (A.) et J.-Ch. Roux. — L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux.

Mathieu (A.). — Traité des mal. de l'estomac et de l'intestin.

Méry. — *Arch. de méd. et de chir. infantiles*, 1903, IV, p. 93.

Millon (H.). — Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique

et épigastrique dans les dyspepsies. *Th. Paris*, 1902.

Morat et Doyon. — Traité de physiologie.

Naudeau. — *J. de médecine, chirurgie et pharmacie*, 1789.

Noguès. — L'anorexie mentale, ses rapports avec la psychophysiologie de la faim. *Th. Toulouse*, 1913.

Nobecourt et Merklen. — *Soc. de pédiatrie*, 15 mai 1906.

Paviot. — Diag. médical et séméiologie.

Peugniez. — Sur l'hystérie, *Th. Paris*, 1885.

Pinel. — Traité de pathologie cérébrale.

Raymon y Turro. — Psychophysiologie de la faim. *J. de psychologie normale et pathologique*, juillet-août, 1910.

Raymond. — *Revue de Neurologie*, 1913, p. 277.

— Clinique des mal. du syst. nerveux.

— Pathologie nerveuse.

— Névroses et psychonévroses.

Régis. — Précis de psychiatrie.

— et Hesnard. — La doctrine de Freund et de son école. *Encéphale*, avril, mai, juin 1913.

Ribot (Th.). — La psychologie des sentiments.

Sanseigne (J.). — Contribution à l'étude des insuffisances respiratoires pouvant en imposer pour de la tuberculose. *Th. Paris*, 1913.

Schnyder. — Les anorexies de la puberté. *Revue médicale de la Suisse romande*, t. XXXIII, n° 3, 20 mars 1913.

Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales.

Sollier (P.). — *Revue de médecine*, août 1891.

— Les psychopathies gastriques. Congrès de Nancy, 1896.

— Anor. nerveuse. *J. de neurol. de Bruxelles*, 1910.

Sollier et Parmentier — Congrès de Lyon.

Soltmann. — *Jahresbericht für Kind.*, 1894.

Soupault. — Les dyspepsies nerveuses.

— Traité des maladies de l'estomac.

Sternberg (W.). — Die appetit und die appetit losigkeit. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, 1909, XXVIII, s. 434.

Stewart (P.). — Diagnostic des mal. nerveuses.

Stichl (A.). — An. mentale. *Neuropathogischen Studien Stuttgard*, 1892, 65-67.

Terrien. — *Arch. neurol.*, 1897, IV, p. 299-369.

Thomas (A.). — *An. mentale. La clinique*, 15 janv. 1909, p. 33.

Wallet. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1892, t. V, n° 5, p. 276.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Définition	12
Etat actuel de la question	13
Symptomatologie	17
Les types cliniques	27
L'anorexie hystérique	28
L'anorexie idiopathique	35
L'anorexie phobique	48
L'anorexie à forme hébéphrénique	70
Complications. Durée	89
Diagnostic	91
Pronostic.	94
Pronoctic immédiat	94
Pronostic éloigné. De l'avenir des anorexiques.	95
Traitement	106
Conclusions	110
Bibliographie	113

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN